

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

Naděžda Bažantová

**Životní styl vybraných uživatelů sociálních služeb
v regionu Praha**

**Lifestyle of Selected Users of Social Services
in the Prague Region**

Bakalářská práce

Studijní program: Vychovatelství

Studijní obor: Vychovatelství (BC-VYCH)

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Michal Zvírotský, Ph.D.

2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Životní styl vybraných uživatelů sociálních služeb v regionu Praha“ vypracovala samostatně za použití uvedené odborné literatury a po konzultacích s PhDr. Michalem Zvírotským, Ph.D. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Nesouhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 16.června 2013

.....

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování panu PhDr. Michalu Zvírotskému, Ph.D. za odborné vedení při zpracovávání bakalářské práce a za jeho cenné rady a připomínky.

.....

Anotace

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku životního stylu dospělých osob se zdravotním postižením - s mentální retardací. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a výzkumnou. Výzkum je prováděn formou pozorování a polostrukturovaného rozhovoru.

První část teoretické části obsahuje vymezení pojmu mentální retardace, vymezení specifických potřeb dospělých osob s mentální retardací, klasifikaci mentální retardace a statistiku četnosti mentální retardace v populaci. Druhá část teoretické části se zabývá systémem podpory osob s mentální retardací a vymezuje právní rámec péče o osoby s mentální retardací. Třetí, závěrečná část teoretické části vymezuje vybrané formy péče, pojem integrace a vybrané zkoumané oblasti životního stylu.

Ve výzkumné části se zkoumá současná úroveň vybraných oblastí životního stylu u vybraných skupin dospělých osob s mentální retardací. Cílem je srovnání životního stylu dospělých osob s mentální retardací žijících v chráněném bydlení a v domově sociálních služeb, srovnání kvality poskytovaných služeb.

Klíčová slova

mentální retardace

sociální služby

integrace

životní styl

chráněné bydlení

domov sociálních služeb

Annotation

The bachelor's thesis is focused on lifestyle of adults with disabilities - with mental retardation. The thesis is divided into two parts, theoretical part and a research. The research is carried out through observation and semi-structured interview.

The first part of theoretical part defines mental retardation, the specific needs of adults with mental retardation, classification of mental retardation and statistics of the frequency of mental retardation in the population. The second part of the theoretical part deals with the system of support for the people with mental retardation and defines the legal framework of the care of people with mental retardation. The third and last part of the theoretical part defines main kinds of care, the concept of integration and several researched parts of lifestyle.

The research part of the bachelor's thesis is focused on current level of particular parts of lifestyle in the selected groups of adults with mental retardation. The aim is to compare adult's mental retardation lifestyles living in sheltered housing and home of social services, the quality of provided services comparison.

Key words

mental retardation

social services

integration

lifestyle

sheltered housing

home of social services

Obsah:

1	ÚVOD.....	8
1.1	ODŮVODNĚNÍ PRÁCE.....	8
1.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO PROBLÉMU	8
1.3	STRUKTURA PRÁCE	8
1.4	CHARAKTERISTIKA POUŽITÉ LITERATURY.....	9
1.5	CÍL A METODA PRÁCE	9
1.5.1	<i>Obecný cíl</i>	<i>9</i>
1.5.2	<i>Cíl teoretické části</i>	<i>9</i>
1.5.3	<i>Cíl výzkumné části</i>	<i>9</i>
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	10
2.1	CHARAKTERISTIKA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	10
2.1.1	<i>Vymezení pojmu mentální retardace.....</i>	<i>10</i>
2.1.2	<i>Specifika osobnosti osoby s mentální retardací.....</i>	<i>11</i>
2.1.3	<i>Klasifikace mentální retardace</i>	<i>13</i>
2.1.4	<i>Četnost osob s mentální retardací v běžné populaci</i>	<i>15</i>
2.2	SYSTÉM PODPORY OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	16
2.2.1	<i>Stručný průřez dějinami péče o osoby s mentální retardací.....</i>	<i>16</i>
2.2.2	<i>Právní rámec.....</i>	<i>17</i>
2.3	VYMEZENÍ POJMŮ DOMOV SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ, INTEGRACE, ŽIVOTNÍ STYL	18
2.3.1	<i>Vybrané formy péče o dospělé osoby s mentální retardací</i>	<i>19</i>
2.3.2	<i>Integrace</i>	<i>23</i>
2.3.3	<i>Životní styl.....</i>	<i>24</i>
3	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	28
3.1	CÍLE VÝZKUMU	28
3.2	METODA VÝZKUMU	28
3.3	POPIS ZKOUMANÉHO PROSTŘEDÍ.....	28
3.3.1	<i>Vybrané středisko chráněného bydlení.....</i>	<i>29</i>
3.3.2	<i>Vybrané středisko domova sociálních služeb</i>	<i>29</i>
3.4	PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ	30
3.4.1	<i>Vybrané středisko chráněného bydlení.....</i>	<i>30</i>
3.4.2	<i>Vybrané středisko domova sociálních služeb</i>	<i>31</i>
3.5	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	31
3.5.1	<i>Seznámení s vybranými skupinami osob.....</i>	<i>32</i>
3.5.2	<i>Rodinné zázemí vybraných skupin osob.....</i>	<i>33</i>
3.6	VYBRANÉ ZKOUMANÉ OBLASTI ŽIVOTNÍHO STYLU	34
3.6.1	<i>Struktura dne.....</i>	<i>34</i>

3.6.2	<i>Rozložení jednotlivých aktivit během týdne</i>	<i>35</i>
3.6.3	<i>Stravovací systém.....</i>	<i>38</i>
3.6.4	<i>Obstarávání věcí osobní potřeby</i>	<i>41</i>
3.7	VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ	42
4	DISKUZE	46
4.1	PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ	46
4.2	STRUKTURA DNE.....	47
4.3	ROZLOŽENÍ AKTIVIT BĚHEM TÝDNE	49
4.4	STRAVOVACÍ SYSTÉM	50
4.5	VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ	54
5	ZÁVĚR	60
6	SEZNAM LITERATURY.....	63
6.1	TIŠTĚNÉ ZDROJE.....	63
6.2	INTERNETOVÉ ZDROJE.....	64
7	PŘÍLOHY	65
7.1	SEZNAM PŘÍLOH.....	65
7.2	SEZNAM TABULEK A SCHÉMAT	65

1 Úvod

1.1 Odůvodnění práce

Téma srovnání životního stylu osob s mentálním postižením v chráněném bydlení a v domově sociálních služeb s celoroční pobytovou službou jsem si vybrala z více důvodů. Prvořadým důvodem je skutečnost, že v oblasti poskytování sociálních služeb již léta pracuji a proto mne velmi zajímá, jak a v čem se životní styl v těchto zařízeních liší. Dalším důvodem je možnost zjistit míru rozporu mezi teoretickým konceptem poskytování sociálních služeb a realitou, možnost zjištění která kritéria poskytování sociálních služeb fungují, případně příčinu jejich nefunkčnosti a neúčinnosti. V neposlední řadě byla důvodem možnost nastínění způsobů, jak zvýšit úroveň poskytovaných služeb.

1.2 Charakteristika zkoumaného problému

Svou prací jsem chtěla nejen porovnat životní styl, ale i celkovou kvalitu života dospělých osob s mentální retardací, jež jsou uživateli služeb vybraných forem sociální péče. Současně jsem chtěla zjistit míru jejich spokojenosti s úrovní těchto poskytovaných služeb. U vybraných skupin osob jsem se zaměřila na skupiny osob, s nimiž jsem v pravidelném přímém kontaktu, stejně jako s jejich zákonnými zástupci.

1.3 Struktura práce

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části, teoretickou a výzkumnou. Výzkum byl prováděn formou pozorování a polostrukturovaného rozhovoru. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmu mentální retardace, vymezení specifických potřeb dospělých osob s mentální retardací, klasifikaci mentální retardace, statistiku četnosti mentální retardace v populaci. Teoretická část zahrnuje systémem podpory osob s mentální retardací, vymezuje právní rámec péče o osoby s mentální retardací, vybrané formy péče, pojem integrace a vybrané zkoumané oblasti životního stylu. Ve výzkumné, praktické části se zkoumá současná úroveň vybraných oblastí životního stylu u vybraných skupin dospělých osob s mentální retardací. Výzkumná část práce obsahuje především výsledky pozorování a dotazování.

1.4 Charakteristika použité literatury

V teoretické části bakalářské práce jsem se při výběru literatury zaměřila na odborné publikace z oboru psychopedie, webové stránky věnované tématu v této oblasti, dále na publikace a články z oblasti zdravé racionální výživy a zdravého životního stylu. Praktická část práce se opírá především o osobní poznatky získané letitou zaměstnaneckou praxí v domově sociálních služeb pro dospělé osoby s mentálním postižením v oblasti výchovy.

1.5 Cíl a metoda práce

1.5.1 Obecný cíl

Cílem mé práce bylo přiblížit veřejnosti problematiku života dospělých zdravotně postižených osob s mentální retardací, které využívají pobytových sociálních služeb. Zprostředkovat alespoň částečný náhled do kvality života a životního stylu v jednotlivých zkoumaných druzích bydlení těchto osob - pozitiva i negativa, jejich případný dopad na míru integrace dospělých osob s mentálním postižením do běžné společnosti.

1.5.2 Cíl teoretické části

Cílem teoretické části práce je přiblížení osobnosti osob s mentálním postižením, vymezení jejich specifických potřeb a možností jednotlivých druhů sociálních služeb tyto potřeby naplňovat.

1.5.3 Cíl výzkumné části

Cílem výzkumné části bylo zhodnotit, jakého vývoje a jaké úrovně jednotlivé druhy vybraných sociálních služeb dosáhly, jak se v těchto službách daří naplňovat specifické potřeby uživatelů služeb, dosaženou kvalitu životního stylu u vybraných skupin osob, co by bylo vhodné v poskytovaných službách změnit a na čem by bylo potřeba pracovat pro zlepšení poskytovaných služeb a tím i potažmo na zkvalitňování životního stylu uživatelů služeb. Nadále jsem chtěla veřejnosti umožnit alespoň rámcovou orientaci o vhodnosti té které služby pro případné nové uživatele těchto sociálních služeb.

2 Teoretická část

2.1 Charakteristika osob s mentálním postižením

2.1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Pojem mentální retardace lze definovat jako duševní vývojovou poruchu, která se projevuje sníženou inteligencí (IQ pod 70), především ve snížených kognitivních, pohybových a sociálních schopnostech. Jedná se tedy o: *Trvalé snížení rozumových schopností jedince, jehož příčinou je organické postižení mozku. K postižení může dojít před narozením, během porodu, nebo po narození. U jedinců mentálně retardovaných dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností, k poruchám v adaptačním chování. Obvykle se rozlišují čtyři základní úrovně postižení: lehká, středně těžká, těžká, hluboká mentální retardace.*¹

Ve spojení s pojmem mentální retardace se setkáváme s pojmem oligofrenie, pseudooligofrenie a demence.

Oligofrenie označuje mentální retardaci diagnostikovanou od narození (postižení - opoždění duševního vývoje vzniklé v prenatálním, perinatálním, nebo časně postnatálním období). Příčinou mentální retardace jedince je organické poškození mozku, jeho abnormální vývoj, či strukturální poškození buněk. Jedním z hlavních znaků mentální retardace je její trvalost - nezvratitelnost fyziologického stavu. Vhodným pedagogickým působením však lze zmírnit dopady na kognitivní, pohybové a sociální schopnosti člověka s mentální retardací.

Demence označuje postižení, kdy k poklesu inteligence a schopností došlo až v průběhu života, zpravidla po druhém roce života jedince (postižení vzniklé v důsledku různých onemocnění či úrazů mozku, které vedou k narušení, omezení, nebo k úplnému zastavení doposud normálně probíhajícího vývoje). Demence se dále rozlišuje jako demence celková (zasahující více, či méně veškeré rozumové schopnosti) a demence částečná (postihující pouze některé složky intelektu).

Pseudooligofrenie označuje stav připomínající mentální postižení, kdy k zaostávání vývoje schopností a rozumového vývoje dochází z jiných důvodů,

¹ PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J.: Pedagogický slovník. Nové, rozšířené a aktualizované vydání, Praha: Portál, 2001, str. 150.

než z důvodu poškození mozku - například zanedbání výchovy, včasné nerozpoznání smyslového postižení (které může zapříčinit zpoždění psychického vývoje), závažné emoční poruchy. V těchto případech nejsou osoby považovány za osoby s mentální retardací, při vhodném působení na jedince může pozdější vývoj probíhat zcela normálně.

2.1.2 Specifika osobnosti osoby s mentální retardací

Ačkoliv se použitá literatura zabývá především problematikou dětí s mentální retardací, lze její znění rámcově použít i pro specifikaci osobnosti dospělých osob, které se od dětí liší především v již získaných schopnostech a zažitých návycích. Specifika osobnosti osoby s mentální retardací lze vystihnout následně: *Mezi jedinci s postižením existuje stejná škála osobnostních zvláštností jako v ostatní populaci. Každý postižený jedinec je svébytný jedinec a jeho postižení je jen jedním z jeho specifík. I mentálně postižení žáci se mohou vzájemně lišit mírou svých rozumových schopností stejně jako jejich nepostižení vrstevníci. Z toho plynou i jejich osobní ambice a plány týkající se jejich vzdělávání a později i profesního uplatnění. Mohou se vyznačovat specifickými vlohami či nadáním, mohou mít i své poměrně vyhraněné zájmy, které by chtěli realizovat a rozvíjet. Postižení lidé se liší svojí mírou a hloubkou emocionality. Dá se předpokládat, že ve své většině budou mít podstatně silnější potřebu citového zakotvení, opory a jistoty než ostatní jejich vrstevníci. Při řešení četných problémů vyplývajících z jejich handicapu potřebují častěji pomoc a radu osoby, k níž mají plnou důvěru. Liší se i potřebou sociálních kontaktů a mírou své sociální citlivosti.*²

Dospělé osoby s mentální retardací se potýkají se stejnými problémy jako děti. Jedná se především o zvýšenou potřebu bezpečí, zvýšenou závislost (ať již na rodičích a rodinných příslušnících, nebo na pracovnících sociálních služeb, či přátelích), sugestibilitu, rigiditu chování, náchylnost k úzkostným stavům, poruchy v sebeidentifikaci a interpersonálních vztazích, malou sociální přizpůsobivost, impulsivnost, citovou vzrušivost, poruchy komunikace, zpožděný až zastavený psychosexuální vývoj, hyperaktivitu nebo naopak hypoaktivitu, poruchy motorické a senzomotorické koordinace, těkavou pozornost, zpomalenou chápavost, infantilnost, sníženou srovnávací schopnost a logickou paměť, lpění na detailech. Se všemi těmito problémy se osoby s mentálním

² ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Aktualizované a přepracované 3. vydání, Praha: Portál, 2006, str. 134.

postižením musí v různé míře potýkat ve svém každodenním životě. Je na nás, abychom jim co nejlépe porozuměli a pomohli jim vést co nejplnohodnotnější život, jakého jsou schopni.

Pro větší pochopení specifík osob s mentální retardací považuji za vhodné se zaměřit na odlišnosti reakcí, které jsou způsobené především poruchami v komunikaci. Jedná se nejen o poruchu komunikace samotné, ale také o způsob vnímání, myšlení, pozornosti, paměti, emoční stránku a volní projevy.

Vnímání - smyslová percepce: Časté jsou přidružené poruchy zraku (krátkozrakost, tupozrakost), sluchu a sluchového vnímání. Ale i bez těchto poruch má vnímání osob s mentální retardací určité charakteristické zvláštnosti. Jedná se o zvláštnosti v pohybu zraku, kdy člověk zrakově vnímá zpomaleně jen postupně jednotlivé části celku místo globálního vnímání, obtížnost rozlišování barev, tvarů a předmětů, celková neúčinnost vnímání a porucha prostorového vnímání. Z těchto problémů následně vznikají potíže s orientací v novém prostředí, vyhodnocením vnímané situace (podrobností dějů či předmětů kolem). K případným potížím přispívá také nedostatečné vnímání času, nebo i snížená hmatová citlivost.

Komunikační schopnosti jsou obvykle nějakým způsobem deformovány. V řeči se často projevuje nedostatečná slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování, neschopnost tvorby rozvitých vět. Poruchy řeči samotné - poruchy artikulace, rytmu řeči a podobně. V komplexu všech těchto obtíží dochází v konečném důsledku k nedostatečnému, či neúplnému obsahu sdělení.

Myšlení bývá často příliš konkrétní a nekritické, ulpínavé na nepodstatných detailech. Vyznačuje se zpomalenou chápavostí, která je ovlivněná nepřesnostmi a chybami v analýze a následně i v syntéze mluveného slova - řeči. Usuzování bývá nepřesné a těžkopádné.

Pozornost dělíme na záměrnou a bezděčnou. Záměrná pozornost je často těkavá, schopnost soustředění krátkodobá. Osoby s mentální retardací se vyznačují snadnou unavitelností. Čím déle a více se snažíme záměrnou pozornost upoutat, tím častěji dochází k chybám. Vhodnější je přístup častého krátkého opakování, aby nedošlo k ztotožnění se s chybou. Bezděčná pozornost je většinou silnější, neboť je mimovolně vyvolávána silnými emočními zážitky a podněty.

Paměť má u osob s mentální retardací také svá určitá specifika. Jedná se o pomalost při osvojování nových poznatků a rychlost zapomínání nově naučeného. Stejně jako u pozornosti je nutné časté opakování, aby se nové poznatky vžily. Na druhou stranu je pro ně velmi obtížné (až téměř nemožné) nahradit již osvojený a zažitý poznatek novým. Velké obtíže vznikají při potřebě využití a uplatnění nabytých vědomostí v praxi v jiné než modelové situaci - snížená mechanická a zejména logická paměť.

Volní projevy jsou ovlivňované zvýšenou vnímavostí pro sugesci, úzkost, pasivitu, impulsivnost a agresivitu. Při snaze o sebeuplatnění se často projevuje tendence k sebepodceňování, nebo naopak k nadhodnocování vlastních schopností. Chybí správná míra sebekritičnosti.

Emocionalita se u osob s mentální retardací často popisuje jako slabá, kdy jedinec neodlišuje city a škála jejich prožitků je malá (spokojenost x nespokojenost). City jsou mnohdy neadekvátní dané situaci, emoce jsou silně egoistické a ovlivňují tak hodnotový žebříček, kdy v popředí jsou především zájmy daného jedince bez ohledu na okolí a ostatní občany. City jsou často používány bez souběžného použití intelektu, a proto často dochází k nepochopitelným a neúměrným afektům.

2.1.3 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace jako diagnóza podléhá členění do kategorií, které odpovídají současnému stavu duševních funkcí zkoumané osoby. *Při její klasifikaci se v současné době používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace.*³

Lehká mentální retardace (IQ 50 - 69)

Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny dosáhnout úplné nezávislosti a samostatnosti v sebeobsluze a v běžné drobné domácí práci spojené s chodem domácnosti. Většinou dosahují řečové dovednosti a schopnosti užívat řeč účelně a udržovat konverzaci v každodenním životě, i když je vývoj mluvy opožděný a zpomalený. Většina

³ ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Aktualizované a přepracované 3. vydání, Praha: Portál, 2006, str. 33.

jedinců je schopna se uplatnit v jednoduchém zaměstnání, které vyžaduje především praktické schopnosti, především v manuální práci. Mnozí dospělí jedinci jsou schopni navazovat a udržovat dobré sociální vztahy. S lehkou mentální retardací se mohou v individuální míře objevovat i přidružená postižení, jako například autismus a poruchy autistického spektra, poruchy chování, smyslové poruchy a tělesná postižení, vývojové poruchy, epilepsie.

Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49)

U středně těžké retardace je výrazně opožděný a omezený vývoj řeči, myšlení a schopnost soběstačnosti a zručnosti. Přesto se většina osob naučí v různém rozsahu o sebe pečovat a získat přiměřené sociální návyky. Jedinci jsou většinou plně mobilní a fyzicky velmi aktivní, ačkoliv se ve značné míře projevují problémy s koordinací jak motorickou, tak senzomotorickou. Snadno a rádi navazují kontakty se svým sociálním okolím. V dospělosti je řeč jednoduchá (v některých případech pouze nonverbální), jsou schopni vykonávat jednoduchou stereotypní manuální práci (jsou-li jednotlivé úkony jasně a jednoznačně strukturovány a je zajištěn odborný dohled a případná potřebná pomoc). Podle individuálních možností dosahují určité míry až úplné schopnosti sebeobsluhy, samostatný život je však možný jen ojediněle. Většinou potřebují po celý život v různém stupni podporu, přímou pomoc a chráněné prostředí. I zde se objevují přidružené chorobné stavy, ve větší míře je však zaznamenáván výskyt dětského autismu, různých tělesných postižení, neurologických onemocnění, především epilepsie.

Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34)

Úroveň veškerých schopností je výrazně snížena nejen v oblasti rozumových schopností, ale také v oblasti motoriky. Vyskytují se zde ve značné míře přidružené vady prokazující vadný vývoj ústředního nervového systému. Osoby s těžkou mentální retardací zpravidla nejsou schopny sebeobsluhy bez přímé pomoci druhé osoby, také podávaná strava vyžaduje obvykle zvláštní úpravu (mixování atd.). Často se vyskytují poruchy chování, jako jsou například sebepoškozování, afekty, stereotypní pohyby... Pro celkové zlepšení kvality života osob s těžkou mentální retardací je velmi důležitá včasná a nepřetržitá rehabilitační výchovná a vzdělávací péče, i když postižení zůstávají po celý život závislí a odkázaní na stálou podporu svého okolí.

Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20)

Osoby s hlubokou mentální retardací jsou výrazně omezené v pohybových schopnostech, mnohdy jsou imobilní. Výrazné omezení se týká také schopnosti porozumět řeči, pochopit význam slova. Schopnost sebeobsluhy je mizivá až žádná. Je potřebná stálá péče a pomoc u základních úkonů i při naplňování základních potřeb. Komunikace je omezena jen na jednoduché nonverbální odpovědi, vyhovění a reagování na jednoduché požadavky. Běžné jsou neurologické nebo jiné tělesné nedostatky omezující mobilitu, poruchy zrakového a sluchového vnímání, epilepsie, u mobilních osob jsou časté nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, především atypický autismus.

Jiná mentální retardace

Toto označení se používá pouze v případech, kdy je stanovení stupně retardace obtížné, případně zcela nemožné z důvodu závažných přidružených senzomotorických nebo somatických poruch, například u nemluvících, nevidomých, neslyšících, těžce tělesně postižených, u osob s autismem, nebo u osob s těžkými poruchami chování.

Nespecifikovaná mentální retardace

Nespecifikovaná mentální retardace se používá při prokázané mentální retardaci, ale pro určení hloubky retardace není dostatek informací.

2.1.4 Četnost osob s mentální retardací v běžné populaci

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, klasifikace mentální retardace se v současné době řídí 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí, podle jejíchž kritérií je mentální retardace diagnostikována pod IQ 70. S ohledem na právo ochrany osobních dat, zachovávání lékařského tajemství a nedostatky v evidenci není přesný počet osob s tímto zdravotním postižením známý, ale přibližný celosvětový odhad se pohybuje mezi třemi až čtyřmi procenty. Konkrétně v České republice je v odborné literatuře uváděno tři procentní zastoupení osob s mentální retardací v běžné populaci. V přepočtu na počet obyvatel činí udávaná tři procenta přibližně tři sta patnáct tisíc dvě stě (315200) osob s mentální retardací v naší republice. Do budoucna je nutné předpokládat, že toto číslo bude narůstat, a to hned ze dvou důvodů. Za prvé dochází ke zkvalitňování legislativy a k postupnému odstraňování nedostatků v evidenci. Druhým důvodem je stále se zvyšující úroveň zdravotní péče o novorozence, následně i o dospělé osoby s mentální retardací, kvalitnější a zodpovědnější přístup k diagnostice. Životní ironií je, že snížení

novorozenecké a kojenecké úmrtnosti, kdy jsou zachráněny děti, které by bez intenzivní péče nepřežily, má za následek zvýšený výskyt různých druhů a stupňů zdravotního postižení, včetně mentální retardace.

2.2 Systém podpory osob s mentální retardací

2.2.1 Stručný průřez dějinami péče o osoby s mentální retardací

Již z archeologických nálezů je zřejmé, že různé druhy nemocí, postižení a anomálií provázejí lidstvo od prvopočátku bytí. Dochované písemnosti poukazují i na dávno přítomnost duševních poruch a onemocnění. Proměnlivé však bylo posuzování míry postižení a přístup k postiženým osobám a potažmo tak i postavení postižených osob v dané době a společnosti.

V antickém období vznikl seznam mnoha duševních poruch, jako například mánie, melancholie, delirium a podobně. Antická společnost nahlížela na nemoci jako na selhání organismu, které například ve Spartě řešili usmrcením postiženého jedince již v raném dětství (především tělesně nedokonalé novorozené děti). Na druhé straně se za duševní postižení považovala až dnes klasifikovaná hluboká mentální retardace. Ve starověku byl kladen důraz především na tělesnou dokonalost a zdatnost.

Středověk se vyznačoval značným paradoxem v pohledu na postižené jedince. Na rozdíl od antiky je ve středověku věnována větší pozornost duševním odchylkám postižených jedinců než tělesným. Postižení byli bráni buď jako bohem vyvolení, nebo naopak jako posedlí ďáblem. Z těchto pohledů také pochází různé postoje vůči postiženým. V této době vznikaly pro poskytnutí péče potřebným klášterní hospitály a azylová zařízení pro kretény, na druhou stranu byli duševně postižení jedinci (považovaní za zplozence pekla a čarodějných sil) pronásledováni, krutě mučeni, po mučení vynuceném přiznání ze spolku s ďáblem upalováni.

Období renesance přináší změnu v pohledu na postižené jedince. V této době vznikla první klasifikace duševních poruch, která odlišuje mentální retardaci. Renesanční společnost byla silně zaujata tématikou bláznovství, šílenství a podivínství (značně oblíbená legenda o lodi bláznů a věži bláznů). S postiženými osobami však ani v této době nejednali příliš humánně. Tělesně, nebo duševně postižení jedinci byli buď předváděni na poutích a jarmarcích za poplatek jako atrakce, nebo naopak ze společnosti zcela

vyřazení a izolování v útulcích, špitálech, ale i v trestnicích a pevnostech, kde byli většinou drženi v nelidských podmínkách (zavření v malých prostorách, připoutání k lůžkům či stěnám). Teprve později byl tento postoj k postiženým postupně nahrazován morálnější přístupem k péči bez bití a uvazování postižených a dospěl až k myšlence systematické péče o postižené, včetně jejich vzdělávání.

Období druhé světové války lze bez skrupulí nazvat novodobým obdobím temna v péči o mentálně postižené osoby. V zemích okupovaných Němci byli občané s mentální retardací jako nepotřebná přítěž společnosti deportováni do koncentračních táborů. V poválečných letech a téměř do konce minulého století byly osoby s mentální retardací „uklizeny“ za zdi ústavů, aby nebyly vidět. Leckdy již v útlém dětském věku, nebo hned po narození. V socialismu se přece lidé s postižením nerodili.

2.2.2 Právní rámec

Bohužel i v dnešní době není samozřejmostí, že všichni lidé jsou ztotožněni s faktem, že občané s mentální retardací mají stejná lidská práva, jako ostatní lidé s jiným zdravotním postižením a tudíž jako každý jiný člověk, ačkoliv jejich práva jsou nepochybnitelně zakotvena v mnoha deklaracích, listinách a zákonech. Následně uvádím jejich krátký výčet:

Versailleská dohoda vstoupila v platnost po první světové válce, její součástí je ujednání o vzniku **Ligy národů**, která v roce 1924 přijala **deklaraci práv dítěte** (Ženevská deklarace), poprvé zakotvující právo dítěte s fyzickou či duševní nezralostí na zvláštní péči, záruky a právní ochranu.

Všeobecná deklarace lidských práv přijatá Organizací spojených národů (OSN) po druhé světové válce v roce 1948 obsahuje přehled lidských práv a především se zabývá uznáváním rovnosti, důstojnosti a práv všech členů rodiny.

Deklarace práv dítěte přijatá v roce 1959 Organizací spojených národů přiznává tělesně či duševně postiženému dítěti právo na zvláštní péči a ochranu, výhody sociálního zabezpečení, zvláštního postavení i zacházení.

Evropská liga společností mentálně handicapovaných vznikla v šedesátých letech minulého století a hájí především zájmy osob s mentální retardací.

Evropská sociální charta přijatá v roce 1961 zdůrazňovala péči o postižené osoby, jako o nositele lidských práv. Na jejím základě vyplynula potřeba budování zařízení pro postižené osoby.

Deklarace práv mentálně postižených (20.12.1971) připomíná, že mentálně postižený člověk má stejná práva na zaměstnání, rodinu a odborníka hájícího jeho spokojený život, práva, zájmy a potřeby jako ostatní členové té které společnosti.

Úmluva o právech dítěte (únor 1991) je první mezinárodní dokument závazný pro všechny státy.

Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (prosinec 1993) schválená valným shromážděním kladou důraz především na kvalitu života zdravotně postižených osob. Tato pravidla byla v naší republice vydána v roce 1997 Sdružením zdravotně postižených. V roce 1997 se v Praze konala za účasti 42 států mezinárodní konference, jejímž tématem byla lidská práva mentálně postižených osob. Všichni zúčastnění se shodli v možnosti zkvalitňování života osob s mentální retardací, ovšem za předpokladu rovnoprávného přístupu k postiženým, stejně jako k ostatním členům společnosti.

2.3 Vymezení pojmů domov sociálních služeb, chráněné bydlení, integrace, životní styl

V současné době péči o osoby s mentální retardací zajišťují jak státní, tak nestátní organizace, které poskytují různé druhy péče. Jedná se o denní stacionáře - centra, týdenní stacionáře, domovy s celoročními pobytovými službami, chráněné a podporované bydlení, osobní asistenci. Zařízení poskytují potřebné služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění (včetně duševního), které potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Všechny zmíněné druhy péče poskytují pomoc při výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech, při zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím, poskytují sociálně-terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Činnost všech těchto organizací poskytujících tyto služby je velmi potřebná a prospěšná, neboť pomáhá rodinám v péči o postižené osoby, v rozvoji jejich možností, schopností a potřebných dovedností pro zkvalitnění jejich života, zvyšování soběstačnosti a smysluplného využití času, kdy jsou ostatní členové rodiny či opatrovníci v zaměstnání,

následně i využití svého vlastního volného času. Veškeré získané poznatky a dovednosti získané v těchto zařízeních by měly v konečném důsledku vést k lepší adaptaci klientů do společnosti, k jejich integraci.

2.3.1 Vybrané formy péče o dospělé osoby s mentální retardací

Standardy kvality sociálních služeb jsou klíčovým metodickým materiálem uveřejněným Ministerstvem práce a sociálních věcí. Jejich cílem je zkvalitňování úrovně poskytovaných služeb a potažmo tak také života osob s mentální retardací. Standardy vychází z koncepce naplňování základních lidských práv a svobod uvedených v Deklaraci základních lidských práv a svobod, zakotvených v právních dokumentech České republiky. Standardy jsou pomůckou pro poskytovatele usilující o poskytování dobrých a účinných sociálních služeb, které respektují a podporují rovný přístup ke vzdělání, práci a k dalšímu občanskému a osobnímu uplatnění. Jejich naplňování při poskytování sociálních služeb je základním předpokladem plnohodnotného, důstojného a svobodného života jejich uživatelů. Úplné znění Standardů kvality sociálních služeb uvádím v Příloze č. 1.

Denní stacionář zajišťuje péči o osoby s mentální retardací většinou od ranních až do odpoledních hodin, kdy jsou ostatní rodinní příslušníci či opatrovníci v zaměstnání. V denním stacionáři je poskytována ambulantní služba ve formě výchovných, sociálně - terapeutických, vzdělávacích, aktivizačních a volno - časových činností.

Týdenní stacionář je kompromis mezi rodinnou péčí a trvalou ústavní péčí. Během pracovního týdne, kdy rodiče či opatrovníci osob s mentální retardací chodí do zaměstnání, případně se věnují dalším dětem bez postižení, žijí klienti v týdenním stacionáři, kde mají svůj program, kamarády z řad vrstevníků, pracovníků. Na víkend se klient vrací do rodinného prostředí. Klient tak neztrácí kontakt s děním v rodině a jejími členy. Tento typ péče se zdá být vhodnou přípravou pro případné budoucí samostatné či chráněné bydlení.

Ústavy s celoročním pobytem bývají využívány rodiči a opatrovníky, kteří se o dítě či dospělou osobu z jakéhokoliv osobního či existenčního důvodu nechtějí, případně nemohou starat. Krátce po sametové revoluci se ústavy dostaly do centra kritiky, byly označovány jako novodobé koncentráky a byla požadována jejich rychlá likvidace, bez ohledu na různé specifické potřeby klientů, či na různou kvalitu péče v jednotlivých

ústavech. Na druhou stranu nelze pominout ani fakta, která k těmto úvahám vedla. V mnoha případech se jednalo o „velkokapacitní“ zařízení, kde byla poskytována pouze strava, ubytování v mnohalůžkových pokojích bez jakéhokoliv soukromí jedinců a případné vznikající problémy se řešily podáváním tlumivých léků. Takováto situace byla bohužel v období socialismu až příliš častá. S ohledem na zviditelněné potřeby osob s mentální retardací došlo na restrukturalizaci ústavů. Nejvýraznějšími byly změny v postojích k potřebám klientů, ať již k potřebám soukromí a lidské důstojnosti, nebo k potřebám vlastní seberealizace. *Ústavy sociální péče mají dosud v péči o lidi s mentálním postižením velmi důležité poslání a poskytují služby, které není v současné době připravena v plném rozsahu převzít žádná jiná instituce ani žádný jiný subjekt.*⁴ Ústavy jsou postupně přebudovávány na domovy sociální péče - sociálních služeb, v nichž jsou služby poskytovány podstatně humánnějším způsobem, než tomu bylo v minulosti a v nichž jsou plně zachovávána veškerá lidská práva uživatelů služeb. Alespoň v to pevně doufám.

Domov sociálních služeb poskytuje klientům komplexní péči - zaopatření, které zahrnuje kromě ubytování (v jednolůžkových, maximálně třílůžkových pokojích) a poskytované celodenní stravy také zdravotní a rehabilitační péči, zajišťuje rekreaci a kulturní vyžití, aktivizační i volno - časové činnosti. V případě potřeby pomáhá se zajištěním a doplňováním osobního vybavení klientů, umožňuje klientům přiměřené pracovní uplatnění ať již v prostorách samotného zařízení, nebo podporou docházky do chráněných dílen. V domovech pro děti a mládež zajišťují a poskytují výchovu a vzdělání, případně zajišťují dopravu dětí a mládeže do školského zařízení a zpět. V případě zájmu klientů (dospělých osob) pomáhá také se zajištěním možností účasti na vzdělávacích kurzech a aktivitách. Podporuje kontakt se sociálním okolím.

Chráněné bydlení je modernější formou celoroční pobytové služby v ústavu, kdy skupina osob nebo jednotlivec s mentální retardací bydlí v běžném bytě či rodinném domku. Předpokladem je alespoň částečná schopnost samostatného života. Asistenti pomáhají klientům kromě již zmíněných služeb se zajištěním chodu domácnosti a se zajištěním stravy, pokud strava není dodávána. Důležitým faktorem pro integrační funkci chráněného bydlení je pravidelná docházka klientů do zaměstnání (chráněná pracoviště, chráněné dílny...) a různých center pro zaměstnávání i volný čas, jejich účast

⁴ ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Aktualizované a přepracované 3. vydání, Praha: Portál, 2006, str. 164.

na společenských akcích a podobně. Rozsah služeb je stejně jako v ústavech - v domovech s celoroční pobytovou službou sjednáván podle potřeb jednotlivců a podle míry závažnosti jejich postižení. V případě potřeby je asistenční služba zajištěna 24 hodin denně, včetně víkendů a svátků.

Podporované bydlení (podpora samostatného bydlení) je terénní službou, kterou by perspektivně mohli využívat osoby s lehčími formami mentální retardace. Služba zahrnuje pomoc při zajištění chodu domácnosti. Předpokladem pro využití této služby je relativní schopnost samostatného života s případnou potřebou pomoci v krizových situacích nebo při řešení složitějších problémů.

Osobní asistence je také terénní službou, poskytovanou osobám v jejich přirozeném sociálním prostředí. Tato služba u nás prozatím není příliš využívána, především z důvodu malého množství poskytovatelů.

Základní kritéria domova sociálních služeb a chráněného bydlení:

DŮSTOJNOST

Standard:

Umístění chráněného bydlení - domova, jeho vnější i vnitřní architektura, včetně označení domu, odpovídají potřebám uživatelů služeb a zajišťují důstojné prostředí a atmosféru domova. Pracovníci respektují důstojnost uživatele služeb a podporují atmosféru domova.

Kritéria:

- Vnější označení domu respektuje svobodnou volbu uživatelů služeb.
- Vnější a vnitřní prostředí je uzpůsobeno tak, aby nepůsobilo psychické bariéry či stigmatizaci uživatelů služeb.
- Nábytek a výzdobu bytu či pokoje má právo si zařídit každý z uživatelů služeb podle svého vkusu.
- Individuální i sdílené pokoje (kde jsou použity) jsou dostatečně velké, aby byl uživatelům služeb poskytnut standard občanského bydlení.
- Ve společných prostorech se vnitřní vybavení vyhýbá známkám institucionalizace.

- Prostory určené ke společnému obývání jsou udržovány tak, aby vytvářely domácí atmosféru.
- Rehabilitace a pracovní činnosti jsou přednostně vykonávány mimo domov rezidentů.
- Pracovníci jsou vedeni k vytváření podmínek, které respektují důstojnost každého člověka (oslovování, klepání při vstupu do pokoje a podobně).
- Pracovníci respektují to, že zařízení (chráněné bydlení - domov sociálních služeb) je především domovem a nikoli institucí.

SOUKROMÍ

Standard:

Chráněné bydlení - domov sociálních služeb respektuje a podporuje potřeby a práva jednotlivých uživatelů služeb na soukromí. Fyzická struktura a provoz zachovává soukromí jedince i v kontextu skupinového bydlení.

Kritéria:

- Uspořádání a vybavení budovy - bytu zajišťuje soukromí uživatelů služeb.
- Uživatelé služeb mají osobní soukromý prostor, nejlépe uzamykatelný pokoj, do kterého se mohou uchýlit, jestliže a kdykoliv se rozhodnou.
- Chráněné bydlení - domov sociálních služeb má dostatečný počet jednolůžkových pokojů, aby bylo uživatelům služeb umožněno mít vlastní ložnici, jestliže se tak rozhodnou. Uživatelé služeb by měli sdílet pokoje pouze na základě vlastní volby - maximálně však po dvou na jednom pokoji.
- Každý uživatel služeb má možnost využít vlastní uzamykatelné zařízení pro uložení (úschovu) svých věcí.
- Všechny toalety a koupelny jsou navrženy tak, aby zajišťovaly soukromí, a jsou opatřeny zámky.
- V případech, kdy uživatelé služeb potřebují pomoc pracovníků při sebeobsluze (osobní hygiena, oblékání atd.), je tato pomoc prováděna v soukromí a citlivým způsobem, který minimalizuje narušování soukromí.

- Pošta uživatelů služeb je soukromá a důvěrná.
- Jsou stanovena pravidla vstupu do soukromí uživatelů služeb a pracovníků.
- Uživatelé služeb jsou seznamováni se svým právem a právem ostatních uživatelů služeb a pracovníků na soukromí.

MÍSTNÍ HLEDISKO

Standard:

Služba je poskytována z místního hlediska tak, aby nevedla k izolaci, ale aby otvírala možnosti propojování života uživatelů služeb s životem běžné komunity.

Kritéria:

- Bydlení v chráněném bydlení - v domově sociálních služeb je poskytováno v domě, který je součástí běžné zástavby.
- Velikost domova sociálních služeb či kumulace bytů chráněného bydlení nevedou k vyčlenění a uzavírání komunity uživatelů služeb před okolním světem.

2.3.2 Integrace

Ve vztahu k osobám s mentální retardací je pojem integrace chápán jako zapojení - začlenění osob s mentální retardací do společnosti běžné populace. V první řadě se jedná o začlenění dětí s mentální retardací do běžných škol, dospělých osob do zaměstnání, obecně zapojení do veškerých společenských aktivit běžné společnosti, v níž osoby s mentální retardací žijí. *Integrace jako pojem znamená zcelení, ucelení, či zapojení, začlenění, zařazení nějak, do něčeho.*⁵ Jedná se nejen o možnost uplatnění na pracovním trhu, nakupování, navštěvování společenských zařízení a akcí (restaurace, kina, divadla...), využívání hromadné dopravy, ale i o možnost samostatného bydlení a navazování partnerských vztahů a především o akceptaci těchto práv osob s mentální retardací běžnou populací. Cílem integrace je inkluze, což v praxi znamená nejenom začlenění do společnosti, ale také přijetí touto společností. V České republice integraci osob s mentální retardací podporuje řada organizací, jako je například Apla, Duha, Dobromysl,

⁵ KLIMEŠ, L.: Slovník cizích slov. Praha: SPN, 1981, str. 311.

OSA (Osobní asistence), SIMP (Společnost pro integraci mentálně postižených), SPMP (Sdružení pro pomoc mentálně postiženým) a jiné.

2.3.3 Životní styl

Co vlastně znamená označení životní styl? Pojem životní styl je jen velmi těžké definovat. Tento pojem je velmi široký. Zahrnuje rodinu, bydlení, stravování, zaměstnání, volný čas, kulturu, sport, zájmy, cestování... *Životní styl je systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických, charakteristických pro určitý živý subjekt nebo i objekt. Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování. Životní styl je výrazně ovlivněn hromadnými sdělovacími prostředky.*⁶ Životní styl lze definovat jako vyhraněné typické formy chování lidí ve společnosti. Vzniká z životního způsobu člověka a představuje jeho formální a estetickou stránku.

Konkrétní podobu životního stylu ovlivňují dva faktory - vnější a vnitřní:

Vnější faktorem jsou životní podmínky, které tvoří tzv. mantinely, v nichž se jedinec pohybuje, jedná se o bezprostřední vazbu životních podmínek a životního stylu. Změna životních podmínek vyvolává následnou změnu životního stylu. Změna životního stylu však nemusí mít okamžitou časovou návaznost na změny životních podmínek a nemusí se projevovat ve stejné míře, jako změny životních podmínek. Důvodem bývá setrvačnost dosavadního zažitého způsobu života, u osob s mentální retardací i snížená schopnost změnit a přizpůsobovat své zažité vzorce chování.

Vnitřní faktor životního stylu zahrnuje samotného jedince, jeho individuální a specifické životní podmínky, potřeby a hodnoty. Každý jedinec hledá takový životní styl, který v daném okamžiku nejvíce vyhovuje jeho potřebám, žebříčku hodnot a odpovídá jeho představě o naplnění sociálních rolí, jejichž je nositelem.

Rodinná vzdělanost a kulturní kontinuita

Veškeré reálné aktivity a jejich subjektivní učení mají své základy a zázemí v rodině. Životní strategie přecházejí z rodičů na děti. Na kulturu, hodnotovou orientaci a způsob života rodiny navazují budoucí aktivity, hodnotové orientace a zájmy jedinců, které je v určité míře dále reprodukuje v nové, adekvátnější úrovni. Mladá generace

⁶ http://cs.wikipedia.org/wiki/%C5%BDivotn%C3%AD_styl

tak přenáší výchozí (v rodině převzaté) hodnoty a aktivity do nově se tvořící sociální skutečnosti. Neustále tak roste význam kulturní vzdělanosti a hodnotové orientace rodiny.

Rozdělení času jedince

Čas jedince je možné rozdělit na čas pracovní a mimopracovní. Pracovní čas je vymezován jako vlastní pracovní činnost - zaměstnání jedince (cca 1/3 dne). Mimopracovní čas se dále dělí na čas vázaný a volný. Vázaný čas zahrnuje rutinní, každodenně se opakující činnosti, na nichž závisí bio-fyziologická existence každého jedince (jídlo, spánek...) a veškeré mimopracovní povinnosti (chod rodiny a domácnosti). Volný čas zahrnuje zájmové a relaxační činnosti jedince, jimž se věnuje ze svého vlastního svobodného rozhodnutí.

Fyzická aktivita

Pravidelný a dostatečný pohyb je neodmyslitelnou složkou zdravého životního stylu, která udržuje vyváženost mezi energetickým příjmem a výdejem. Většina odborníků doporučuje denně jednu hodinu tělesné aktivity, minimálně třicet minut. Pohybová aktivita je prevencí růstu hmotnosti, má vliv na snížení rizika vzniku civilizačních chorob, jako jsou například diabetes II. typu, vysoký krevní tlak, metabolická onemocnění. Fyzická aktivita má být úměrná věku, aktuálnímu zdravotnímu stavu a schopnostem jedince. Nejjednodušším a nejpřirozenějším pohybem vhodným pro každého je chůze, pokud možno ve svižnějším tempu. Vhodný je i jakýkoliv rekreační sport s převažujícím přirozeným pohybem, jako například jízda na kole. Od mnoha odborníků je doporučované plavání, které nezatěžuje klouby a je proto vhodné i pro osoby trpící nadváhou. Hlavní zásadou veškerých fyzických aktivit by mělo být, že jakýkoliv pohyb je lepší než žádný.

Zdravá racionální výživa

Výživa je jednou z oblastí životního stylu. V současné době je v české populaci zaznamenáván vysoký výskyt civilizačních chorob, které svědčí o nesprávné výživě českého obyvatelstva, ačkoliv je známa řada výživových směrů dávajících návod, jak si zachovat zdraví a vitalitu.

V roce 1986 byla v České republice vydaná předsednictvem Společnosti pro racionální výživu (dnes Společnost pro výživu) první výživová doporučení „Směry výživy obyvatelstva ČSR“, která byla v roce 1994 inovována. V tomtéž roce vypracovala Rada

výživy Ministerstva zdravotnictví České republiky doporučení o výživě zdravého obyvatelstva „Jezte zdravě, žijte zdravě“. Výživová doporučení vychází z výživových cílů Světové zdravotnické organizace stanovených Regionálním úřadem pro Evropu. V současnosti Společnost pro výživu předkládá inovovaná výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky, která jsou zpracovávána do formy vhodné pro nejširší veřejnost.

Nová výživová doporučení se zasazují především o změny:

- v příjmu celkové energetické dávky, o dosažení rovnováhy mezi jejím příjmem a výdejem pro udržení optimální tělesné hmotnosti v rozmezí BMI 20 - 25,
- snížení příjmu tuku, cholesterolu, jednoduchých cukrů, kuchyňské soli,
- zvýšení příjmu vlákniny, kyseliny askorbové a dalších ochranných látek (minerálních a vitamínů).

Dosažení těchto cílů lze:

- **Snížením příjmu** živočišných tuků, živočišných potravin s vysokým podílem tuku, spotřeby vajec.
- **Zvýšením spotřeby** zeleniny a ovoce (denní dávka cca 600 gramů v poměru 2:1), luštěnin, celozrnných obilných výrobků, ryb a rybích výrobků (především mořských), podílu rostlinných olejů v celkové denní dávce tuku.
- **Zajištěním** správného pitného režimu (1,5 - 2 litry vhodných tekutin denně).
- **Omezením** smažených, pečených a grilovaných pokrmů.
- **Preferováním** vařených a dušených pokrmů.
- **Zachováním** dostatečného podílu syrové stravy (ovoce, zeleninové saláty s přidáním malého množství olivového oleje, ořechy v množství zohledňující denní příjem tuků).
- **Dodržováním** doporučeného stravovacího režimu tří hlavních jídel a dvou svačin v časovém odstupu cca tří hodin mezi jednotlivými jídly, kdy snídaně činí 20 % denního příjmu energie, oběd 35 %, večeře 30 %, dopolední a odpolední svačina 5 % - 10 %.

- **Správnou skladbou živin** v přijímané stravě (podíl bílkovin 10 % - 15 %, tuků 20 % - 30 %, sacharózy 10 % z celkového denního energetického příjmu).

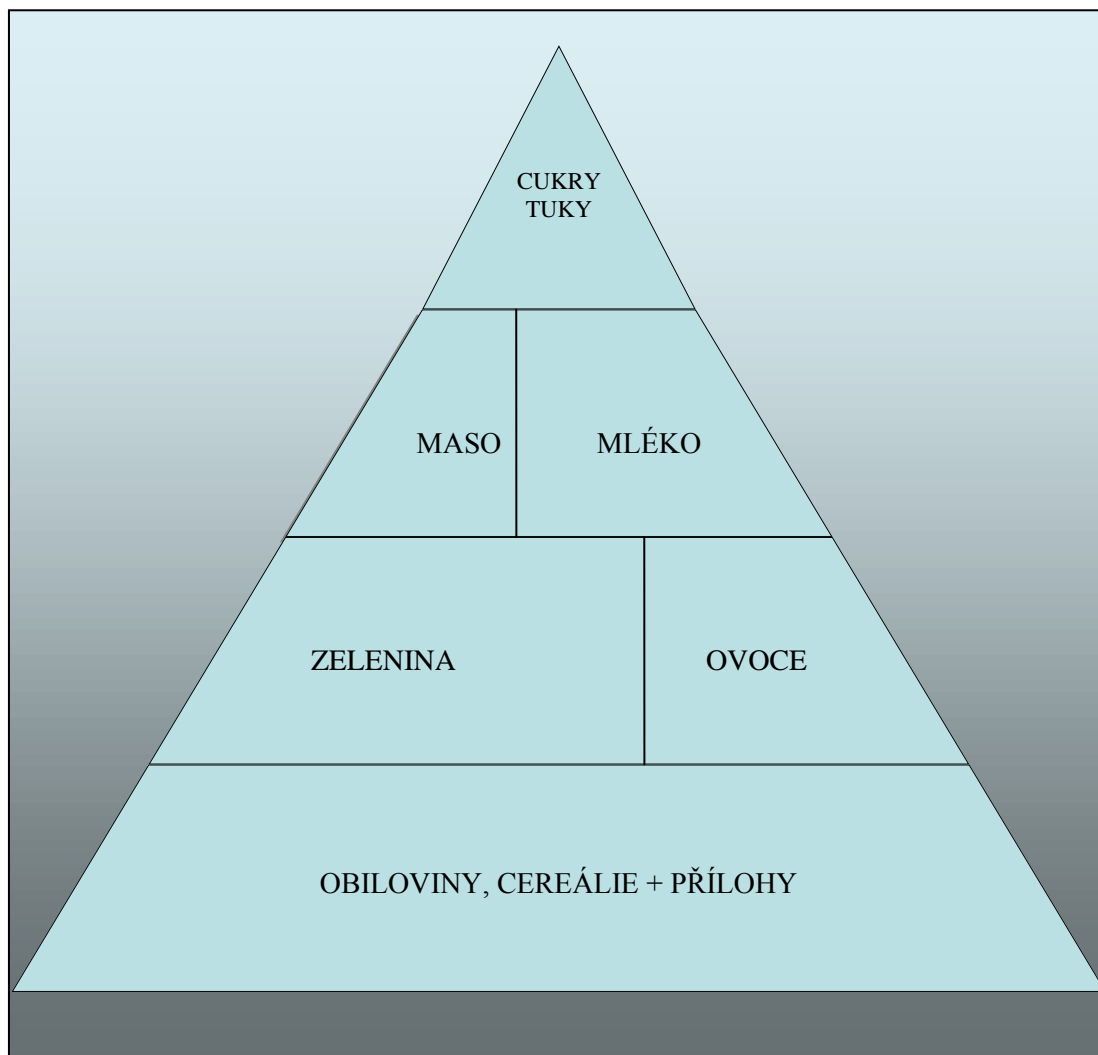


Schéma č. 1: Potravinová pyramida

Dodržováním těchto doporučení při tvorbě jídelníčku, který by měl být dostatečně pestrý, složený z kvalitních a vhodně upravených potravin, přiměřený věku, fyzickému a zdravotnímu stavu a dennímu energetickému výdeji lze dosáhnout zdravé racionální výživy.

Úplné znění výživových doporučení uvádím v Příloze č. 2.

3 Výzkumná část

3.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je zjištění úrovně kvality života dospělých osob s mentální retardací a jejich životního stylu ve srovnání služeb konkrétních vybraných zařízení, a to vybraného domova sociálních služeb a vybraného chráněného bydlení. Dílčím cílem je zjistit pozitiva a negativa těchto pobytových sociálních služeb, v čem tyto služby uživatelům vyhovují a na čem by se mělo podle jejich názoru nadále pracovat, aby se dosáhlo zkvalitnění poskytovaných služeb.

3.2 Metoda výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila především metodu pozorování doplněnou polostrukturovaným rozhovorem s jednotlivými uživateli služeb. Úplné znění cílených otázek polostrukturovaného rozhovoru uvádím v Příloze č. 3.

Pozorování bylo zaměřeno jak na běžný každodenní provoz v zařízeních během pracovního týdne, tak na víkendové a sváteční dny.

Rozhovory byly vedeny přímo s uživateli těchto služeb. Rozhovory byly vedeny individuálně, aby se jednotliví uživatelé v odpovědích na dotazy vzájemně neovlivňovali a výsledky rozhovorů nebyly zkreslené tendencí uživatelů služeb ztotožňovat se s odpovědí jiného dotazovaného uživatele služeb.

3.3 Popis zkoumaného prostředí

Obě srovnávaná střediska, v nichž probíhal výzkum, spadají spolu s šesti dalšími středisky pod jedno zařízení, poskytující pobytové a ambulantní sociální služby dle zákona 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. Jedná se o příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je Magistrát hlavního města Prahy.

Obě zkoumaná střediska (domov sociálních služeb i chráněné bydlení) mají jedno společné - služby poskytují smíšené klientele, mužům i ženám a bohužel ani jedno středisko není bezbariérové.

3.3.1 Vybrané středisko chráněného bydlení

Zkoumané středisko chráněného bydlení se nachází v klidné lokalitě v okrajové části Prahy s dobrou dopravní dostupností (2 stanice autobusem k metru, stanice autobusu cca 3 minuty pěší chůze). Potřeba zřízení tohoto konkrétního střediska chráněného bydlení vznikla před jedenácti lety. Prioritním důvodem byla restrukturalizace tehdejšího týdenního stacionáře ústavu sociální péče na domov sociálních služeb s potřebnou následnou přestavbou části obytných prostor ústavu. Tím vznikla potřeba náhradního umístění uživatelů služeb. Během jednání se zákonnými zástupci se souběžně projevila potřeba pobytové služby i pro některé uživatele služeb denního stacionáře. V rámci řízení týkajících se vyřešení této problematiky byly Magistrátem hlavního města Prahy ústavu sociální péče nabídnuty k dispozici byty pro zřízení chráněného bydlení, které je v plném provozu již devět let.

Samotné chráněné bydlení se sestává z dvou bytů v panelovém domě v běžné zástavbě. Byt 3+1 a byt 2+1, jejichž celková kapacita je sedm osob. V současnosti je kapacita bytů plně obsazena. Byty poskytují možnost bydlení v jednolůžkových či dvoulůžkových pokojích. V každém bytě je jeden větší dvoulůžkový pokoj a jeden, nebo dva menší jednolůžkové pokoje. V bytě 2+1 žijí tři muži, v bytě 3+1 čtyři ženy. Součástí každého bytu je společný obývací pokoj s kuchyňským koutem (elektrický sporák s troubou, lednice s mrazákem) a sociální zařízení vybavené vanou, pračkou se sušičkou a samostatnou toaletou. Byty jsou umístěny v různých podlažích jednoho domu.

3.3.2 Vybrané středisko domova sociálních služeb

Zkoumané středisko domova sociálních služeb je v klidném prostředí v širším centru Prahy v dochozí vzdálenosti (cca 5 - 10 minut) k zastávce MHD - tramvaj a autobus s návazností na metro. Jedná se o patrovou rodinnou vilu z třicátých let s vlastní zahradou. Středisko se specializuje pouze na celoroční pobytové služby. Potřeba této specializace střediska vznikala v průběhu let, kdy uživatelé služeb původně pouze denního stacionáře postupně dospívali a následně stárli. Současně s nimi také stárli jejich rodiče a každodenní péče o klienty postupně začala být pro rodiče (zákonné zástupce) nad jejich síly a možnosti. Zpočátku ve středisku vznikla možnost využití služeb týdenního stacionáře v souběhu s denním stacionářem. Postupem let vznikla potřeba služeb celoroční pobytové služby. Budova střediska (rodinná vila) byla z důvodu vzrůstajících potřeb těchto služeb

komplexně přebudována. Denní stacionář byl s ohledem na potřeby těchto uživatelů převeden do jiného, vhodnějšího střediska.

Kapacita zkoumaného zařízení je koncipována pro dvanáct osob, v současnosti je obsazeno deset míst. V přízemí vily se nachází plně vybavená kuchyň, společná jídelna, dvě toalety a denní místnost s pracovním stolem a obývacím koutem. V patře, kde mají pokoje muži, jsou tři dvoulůžkové pokoje a jeden jednolůžkový, toaleta, koupelna s WC a sprchovým koutem, dále šatna zaměstnanců a kancelář vedoucího střediska. Další pokoje (tři jednolůžkové a jeden dvoulůžkový), ve kterých žijí ženy, se nacházejí v zrekonstruovaném podkroví spolu s koupelnou, WC a sprchovým koutem. V suterénu vily je umístěna prádelna, keramická dílna, tělocvična a WC.

3.4 Personální zajištění

3.4.1 Vybrané středisko chráněného bydlení

Asistenci uživatelům služeb zkoumaného chráněného bydlení zajišťují asistenti sociální péče. Střídají se v odpoledních (15.30 - 21.30 hod.) a nočních (20.00 - 8.00 hod.) službách, během víkendu v celodenních (8.00 - 20.00 hod.) a nočních (20.00 - 8.00 hod.) službách. Odpolední služba zodpovídá za doprovod uživatelů služeb do chráněného bydlení, případnou potřebnou pomoc při nákupu, přípravě večeře, údržbě domácnosti, večerní osobní hygieně. Noční služba zodpovídá za potřebnou pomoc uživatelům při osobní hygieně, přípravě snídaní a svačin, doprovod do zaměstnání. Uživatelé služeb, kteří docházejí do denního stacionáře, si v ranních hodinách vyzvedává v daném chráněném bydlení pracovník denního stacionáře. Během víkendů a svátečních dní zodpovídá denní služba za pomoc při přípravě stravy, údržbě domácností (včetně potřebných drobných oprav) a za doprovod na naplánované akce a aktivity uživatelů služeb. Personál posuzovaného chráněného bydlení se bohužel často obměňuje. Není výjimkou, že nový pracovník zde nevydrží ani po dobu tří měsíců zkušební doby. Někteří pracovníci setrvávají v pracovním poměru déle, většinou však nejdéle po dobu šesti měsíců až jednoho roku. Za stálého pracovníka lze považovat pouze jediného asistenta, který zde pracuje již třetím rokem.

Zkoumané chráněné bydlení nedisponuje zdravotním personálem. V případě potřeby návštěvy lékaře zajišťuje doprovod některý z asistentů chráněného bydlení během mimořádné služby, v případě nemoci některého z uživatelů služeb zajišťuje potřebný

dohled některá ze zdravotních sester z ostatních středisek, nebo pracovník chráněného bydlení.

3.4.2 Vybrané středisko domova sociálních služeb

Ve zkoumaném domově sociálních služeb zajišťují asistenci uživatelům služeb v šedesáti procentech dlouholetí zaměstnanci (deset a více let práce v oboru v daném domově), třicet pět procent pracovníků zde pracuje kratší dobu (od jednoho roku do šesti let). Zbývajících pět procent tvoří lidé, kteří v daném domově pracovali pouze krátkodobě (dva měsíce až půl roku). Pracovníci se střídají v ranních, odpoledních, případně během víkendu celodenních službách. Služby jsou rozvrženy takovým systémem, aby pokryly potřeby doprovodu uživatelů služeb na různé kurzy, vycházky, individuální činnosti a současně byla zajištěna potřebná přítomnost personálu v prostorách domova. Noční službu zajišťuje jeden pracovník (19.00 - 7.00 hod.). Pracovníci denních služeb zodpovídají (mimo samotný doprovod uživatelů služeb) za vedení uživatelů k integraci, za podporu a rozvíjení zájmů uživatelů, za podporu a pomoc při udržování a obstarávání osobních věcí a věcí osobní potřeby - každý uživatel služeb má svého klíčového pracovníka. Současně jsou pracovníci odpovědní za samotný chod domova, jeho úklid včetně každodenního praní prádla, péči o zahradu, drobné opravy a úpravy v prostorách domova. S těmito činnostmi jim v rámci svých možností a schopností a v případě zájmu pomáhají uživatelé služeb.

Kromě pracovníků sociální péče a výchovných pracovníků zaměstnává vybraný domov sociálních služeb také zdravotní sestry, které zajišťují kromě pravidelné zdravotní péče také stále častěji potřebný doprovod k lékařskému vyšetření a případný potřebný dohled během nemoci některého z uživatelů služeb.

3.5 Výzkumný vzorek

Svůj výzkum jsem prováděla průběžně v konkrétním vybraném středisku domova sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením s celoroční pobytovou službou a v konkrétním vybraném středisku chráněného bydlení pro osoby se zdravotním postižením. Výzkum jsem prováděla v období od podzimu 2011 do jara 2013.

3.5.1 Seznámení s vybranými skupinami osob

Obě porovnávané skupiny uživatelů sociálních služeb jsou dospělé osoby se zdravotním postižením - se středně těžkou formou mentální retardace.

Ve vybraném zkoumaném středisku chráněného bydlení žije, jak již bylo zmíněno, sedm osob, z toho čtyři ženy a tři muži. Jedná se o dospělé osoby ve věkovém rozmezí 26 - 45 let. Míra jejich zdravotního postižení se pohybuje u horní hranice středně těžké mentální retardace. Mentální věk osob žijících v daném chráněném bydlení se pohybuje na rozhraní mladšího a staršího školního věku. Mezi nejvážnější přidružené postižení u uživatelů zkoumaného chráněného bydlení patří ve dvou případech diagnostikovaná epilepsie.

Čtyři uživatelé služeb zkoumaného zařízení byli původně klienty týdenního stacionáře (tehdy ústavu sociální péče), dva uživatelé služeb docházeli do denního stacionáře, jeden uživatel služeb bydlí v chráněném bydlení od dokončení školní docházky (od svých dvaceti let), bez předchozích zkušeností soužití v kolektivu z denního či týdenního stacionáře.

Ve vybraném zkoumaném středisku domova sociálních služeb žije deset osob, z toho pět mužů a pět žen, předpokládá se přijetí dalších dvou mužů. Věk uživatelů se pohybuje mezi 48 - 64 lety. Mentální postižení je na úrovni středně těžké mentální retardace, mentální věk se pohybuje mezi úrovní předškolního a mladšího školního věku. K mentálnímu postižení a přidruženým vadám (astma, diabetes, zrakové postižení, motorické omezení...) uživatelů služeb posuzovaného domova sociálních služeb přibývá i množství problémů spojených s postupujícím věkem (cévní problémy, vysoký tlak, snižující se motorické schopnosti, nutnost pořizování zubních náhrad, nastupující a rychle postupující stařecká demence...).

Jak již vyplývá z historie tohoto střediska popsané v kapitole č. 3.3.2, v domově sociálních služeb žijí někteří uživatelé služeb (pět osob), kteří sem docházeli již v dětském věku do denního stacionáře, později byli klienty zdejšího týdenního stacionáře a v současnosti jsou obyvateli domova. Dva uživatelé služeb byli do tohoto domova sociálních služeb přefazeni z týdenního stacionáře ústavu sociální péče, jeden uživatel služeb původně docházel do denního stacionáře a dva uživatelé služeb do tohoto domova přišli z rodinného prostředí.

3.5.2 Rodinné zázemí vybraných skupin osob

Rodinné zázemí (či jeho absence) nezpochybnitelně výrazně ovlivňuje (ať již pozitivně, nebo naopak negativně) kvalitu života uživatelů služeb. Formovalo a dosud ovlivňuje jejich životní postoje, hodnotový žebříček, návyky, zažité vzorce chování. Postoj a vyjádření rodinných příslušníků či zákonných zástupců do značné míry ovlivňuje (ne vždy kladně) vedení uživatelů služeb k zvyšování jejich schopnosti samostatnosti, soběstačnosti a seberealizace. Vliv rodiny v některých případech u uživatelů služeb pravidelně snižuje jejich sebevědomí a prohlubuje jejich neochotu a nezájem zkoušet něco nového a neznámého. V jiných případech naopak rodina uživatele služeb plně podporuje v poznávání a v získávání nových zkušeností. Ve dvou případech byl původní vliv rodiny natolik silný a destruktivní, že i po několikaleté péči a vedení uživatelů služeb zůstávají tito jedinci uzavření do svého světa, jsou silně submisivní, odmítají, nebo se bojí projevit své potřeby, zájmy a přání.

Jak již věk uživatelů služeb napovídá, rodiče uživatelů služeb vybraného domova sociálních služeb (jejich zákonní zástupci) jsou již vyššího věku nad osmdesát let (tři osoby). Není výjimkou, že rodiče již nežijí a zákonným zástupcem se stal buď některý ze sourozenců (tři osoby), nebo z širší rodiny (jedna osoba). Dva uživatelé služeb mají soudně určeného sociálního kurátora, jeden uživatel služeb má otce ve věku šedesáti pěti let.

Ve sledovaném chráněném bydlení žijí mladší uživatelé služeb, kteří mají za zákonné zástupce rodiče ve věku kolem šedesáti let. Pouze jeden uživatel služeb má za zákonného zástupce sociálního kurátora. Tento uživatel služeb byl do střediska chráněného bydlení umístěn na základě soudního rozhodnutí po odebrání z rodiny.

Nutno poznamenat, že právě starší rodiče nejčastěji zrazují uživatele služeb od získávání nových zkušeností. Případá jim to zbytečné a někdy pro jejich „dětí“ nebezpečné (například hipoterapie). Také sourozenci bývají v podpoře uživatelů služeb značně opatrní. Stále v nich doznívají představy, jaký názor by měli jejich rodiče. Nejvíce podpory bylo zaznamenáno od mladších rodičů uživatelů služeb vybraného střediska chráněného bydlení, kteří se z úspěchů a nově získaných dovedností uživatelů služeb radují a plně je podporují.

3.6 Vybrané zkoumané oblasti životního stylu

Jak již bylo popsáno v teoretické části, životní styl se skládá z mnoha oblastí a zaměření. Pro svůj výzkum jsem zvolila oblasti složení a vyváženosti aktivit uživatelů služeb a jejich stravovací návyky. Na tyto oblasti životního stylu jsem se zaměřila, protože je považuji za stěžejní pro zdravotní stav a duševní pohodu uživatelů služeb.

3.6.1 Struktura dne

Struktura provozu a denního režimu uživatelů služeb v konkrétních zkoumaných zařízeních (domov sociálních služeb i chráněné bydlení) plně zohledňuje potřeby uživatelů, včetně jejich potřeby stereotypů, předvídatelnosti a posloupnosti činností a aktivit, kdy se aktivizační činnosti střídají s volnočasovými a zájmovými činnostmi. Cílem pracovníků vybraných zařízení je komplexností poskytované péče dopomoci uživatelům služeb k co nejplnohodnotnějšímu životu v rámci jejich možností a schopností, včetně jejich integrace v běžné populaci, posouvání hranic jejich možností a schopností vpřed, nebo alespoň jejich udržení na současné úrovni.

Vybrané středisko chráněného bydlení

Časový přehled režimu denních aktivit zkoumaného chráněného bydlení je stabilní, jeho variabilita je velmi nízká a výjimečná. Ke změnám dochází v případech onemocnění některého z obyvatel, nebo při zvláštních akcích.

Hodina	Aktivita
6.00 - 7.00	osobní hygiena + snídane, priprava svačiny s sebou
7.00 - 7.15	odchod z bydlístě do chráněného zaměstnání a chráněných dílen
8.00 - 12.00	zaměstnání a aktivizační činnosti (10.00 konzumace přinesené svačiny)
12.30	oběd
13.00 - 15.00	pokračování zaměstnání a činností
15.30	svačina v místě pobytu
16.00	odchod zpět do chráněného bydlení
19.00	příprava večere + následný úklid kuchyně
20.00	osobní hygiena + individuální činnost

Tabulka č. 1: Režim denních aktivit vybraného střediska chráněného bydlení

Vybrané středisko domova sociálních služeb

Časový přehled denního režimu aktivit zkoumaného domova je pouze orientační. V rámci střediska je možná jeho značná flexibilita, jejíž potřeba vzniká průběžně v jednotlivých dnech podle aktuální činnosti uživatelů, které probíhají v dopoledních a odpoledních hodinách.

Hodina	Aktivita
7.00 - 8.00	vstávání a osobní hygiena
8.30	snídaně spojená s dopolední svačinou
9.00 - 11.45	aktivizační činnosti
12.00 - 13.00	oběd + následný úklid jídelny a kuchyně
13.00 - 14.30	relaxace + individuální činnost
15.00	svačina
15.30 - 17.45	aktivizační a zájmové činnosti
18.00 - 19.00	večeře + následný úklid jídelny a kuchyně
od 19.00	osobní hygiena + individuální činnost
22.00	noční klid

Tabulka č. 2: Režim denních aktivit vybraného domova sociálních služeb

3.6.2 Rozložení jednotlivých aktivit během týdne

Vybrané středisko chráněného bydlení

Jak již vyplývá z časového přehledu denního režimu aktivit, od ranních do odpoledních hodin (8.00 - 16.00 hod.) se uživatelé služeb zkoumaného chráněného bydlení každodenně během pracovního týdne věnují svému zaměstnání a práci v chráněných dílnách denního stacionáře.

Dvě ženy a jeden muž pracují ve výrobním družstvu. Jsou zde zaměstnáni v chráněných dílnách, kde se věnují jednoduché montážní práci. Dva muži mají chráněné zaměstnání v Metrostavu, kde vykonávají pomocné stavební a úklidové práce. V současné době se podílejí na výstavbě prodloužení trasy metra, na což jsou náležitě hrdí. Dvě ženy docházejí do denního stacionáře. V denním stacionáři jsou zaměstnány v pondělí a ve čtvrtek v keramické dílně (výroba drobných užitkových i ozdobných keramických předmětů), v úterý a v pátek v tkalcovské dílně (ručně tkané koberce, vyšívání ubrusy

a jiné). Výjimkou jsou středy, tzv. sportovní dny. Uživatelé služeb denního stacionáře docházejí v dopoledních hodinách do stejného plaveckého kurzu, jako uživatelé služeb posuzovaného domova a v odpoledních hodinách jsou pořádány pravidelné hudební a taneční aktivity přímo v prostorách denního stacionáře.

Činnosti v pozdějších odpoledních a večerních hodinách jsou podřízeny především potřebám uživatelů služeb žijících v daném chráněném bydlení. Cestou ze zaměstnání či denního stacionáře je pravidelně realizován nákup potravin potřebných k přípravě večeře a pro přípravu snídaně a dopolední svačiny na následující den.

Pondělí: Nákup potravin, podle potřeby praní prádla, úklid domácností, vyúčtování vynaložených finančních prostředků za předchozí týden s vedoucím chráněného bydlení, po večeři v případě zájmu vycházka po okolí.

Úterý: Část cesty pěšky (obvykle místo jízdy autobusem od metra), cestou realizovaný nákup, ve večerních hodinách uživatelé s oblibou sledují televizní seriál.

Středa: Nákup (zpravidla větší, aby potraviny vystačily na dva dny a uživatelé tak získali více volného času pro odpoledne trávené s přáteli následující den), praní prádla, úklid domácností, po večeři dle zájmu vycházka.

Čtvrtek: Návštěva kamarádů v jiném středisku, případně procházka centrem Prahy, návštěva galerie a podobně, podle přání uživatelů a po předchozí dohodě.

Pátek: Velký nákup na víkend, příprava večeře posunuta již na 17.30 hod., tři ženy a jeden muž ve večerních hodinách (19.00 - 20.00 hod.) docházejí na aerobní cvičení do místní pobočky TJ Sokol.

Sobota a Neděle: Během víkendu a v případě svátečních dní si uživatelé služeb sledovaného chráněného bydlení rádi přispí. Vstávají přibližně kolem osmé hodiny a po pozdější snídani (cca 8.30 - 9.00 hod.) se věnují komplexnímu úklidu včetně převlékání lůžkovin a podobně. Souběžně připravují za dopomoci asistenta oběd a plánují aktivity na sobotní odpoledne a neděli. Během sobotního odpoledne většinou probíhají návštěvy uživatelů služeb. Jednotlivce si buď po obědě vyzvedne někdo z rodičů či příbuzných a přátel (se souhlasem zákonných zástupců) a jedou na návštěvu k rodině, nebo naopak návštěva přichází za uživatelem služeb do chráněného bydlení a tráví spolu čas přímo v bytě, případně jdou na vycházku a podobně. Uživatelé služeb se z návštěv v rodině vrací na večeři, po domluvě i později. Uživatelé služeb, kteří návštěvu nemají,

nebo na návštěvu neodcházejí, během sobotního odpoledne realizují nákupy věcí osobní potřeby, věnují se individuální činností, po dohodě s asistenty realizují kulturní či sportovní akce (kino, vyjížďka na kole...). V neděli bývají realizovány celodenní výlety a kulturní akce spojené s obědem v restauračním zařízení.

Vybrané středisko domova sociálních služeb

Pondělí: Dopoledne je věnováno hudebním a pohybovým činností - zpěv, hra na nástroje, tanec... Odpoledne před svačinou plánování vycházky a potřeby osobních nákupů uživatelů, po svačině realizace vycházky a případných nákupů.

Úterý: Dopoledne výtvarné činnosti, odpoledne navštěvování vzdělávacích, výtvarných či hudebních kurzů.

Středa: Dopoledne kurz plavání, odpoledne práce v keramické dílně, vycházka.

Čtvrtek: Dopoledne pracovní činnosti - dle zájmu uživatelů (drobné opravy zařízení střediska, vyšívání, pletení, práce na zahradě...). Odpoledne setkávání s přáteli - buď pořádání setkání přímo v domově, nebo návštěva jiného střediska, či setkání s přáteli v kavárně, na kulturní akci...

Pátek: Dopoledne je věnováno osobnostnímu rozvoji - témata závisí na aktuálních potřebách uživatelů a na možnostech a schopnostech jednotlivců (psaní dopisů, e-mailů, individuální či skupinové řešení osobních, vztahových, případně zdravotních problémů mezi uživateli, možnosti řešení mimořádných situací, četba, plánování aktivit na víkend... Odpoledne rehabilitační tělocvik (zhodnocení správnosti prováděných cviků, jejich případná korekce, zařazení nových prvků pro příští týden a jejich nácvik), hudební činnosti, vycházka...

Sobota a Neděle: Víkend je věnován společné péči o společné prostory sledovaného domova sociálních služeb, péči o osobní věci a pokoje uživatelů, individuální činnosti, naplánovaným návštěvám kulturních akcí (kino, divadlo, výstava, nedělní odpolední taneční čaje...), výletům...

3.6.3 Stravovací systém

Vybrané středisko chráněného bydlení

Stravu si uživatelé služeb během pracovního týdne zajišťují a připravují sami. Výjimkou jsou obědy, které jsou uživatelům zajištěny v místě zaměstnání či v denním stacionáři. Uživatelé služeb, kteří dochází do denního stacionáře, zde mají pravidelně zajištěnou také dopolední a odpolední svačinu. O víkendu si vaří oběd i večeři společně za dopomoci asistentů podle předem dohodnutého menu, nedělní oběd obvykle řeší návštěvou restaurace.

Suroviny pro přípravu snídaní, svačin a večeří si uživatelé služeb nakupují sami, podle vlastního výběru. Limitem nákupů je cenová hranice 70 - 80,- Kč/den. Víkendové dny mají denní limit 150 - 180,- Kč. Stvrzenky od nákupů si uživatelé služeb uschovávají, jednou týdně je prováděno vyúčtování a proplacení vynaložených finančních nákladů za přítomnosti vedoucího chráněného bydlení a tím obnovení jejich finančních zdrojů. Uživatelé služeb chráněného bydlení disponují finančními obnosy podle svých schopností od 200,- Kč do 1.000,- Kč. V případě osob majících k dispozici nižší finanční částky, probíhá vyúčtování vynaložených nákladů průběžně s asistenty, kteří mají k tomuto účelu příslušný finanční obnos poskytnutý vedoucím pracovníkem k dispozici. Následné konečné vyúčtování a doplnění tohoto obnosu, jímž disponují asistenti, probíhá současně s vyúčtováním ostatních uživatelů služeb. Proběhlé vyúčtování se následně předává ke kontrole sociální pracovníci a zákonným zástupcům.

Zodpovědností asistentů je vést jednotlivé uživatele služeb, aby denní finanční limity nepřekračovali, nebo aby se vynaložená výše nákladů za jednotlivé dny kompenzovala. Zodpovědností asistentů je také vedení uživatelů služeb ke správné skladbě nakupovaných potravin pro přípravu zdravé a vyvážené stravy.

Skladba stravy jednoho týdne

Z důvodu zachování mlčenlivosti označují jednotlivé uživatele služeb písmeny - ženy A, B, C, D, muži E, F, G. U žen A, B (které docházejí do denního stacionáře) jsou svačiny a obědy totožné s jídelníčkem zkoumaného domova sociálních služeb. Denní stacionář je součástí jednoho z dalších středisek domova a strava je dovážena z centrální kuchyně. Týdenní jídelníček je uveden v následující tabulce (Tabulka č. 3).

[illegible]

Tabulka č. 3: Týdenní jídelníček obyvatel vybraného střediska chráněného bydlení

Vybrané středisko domova sociálních služeb

Uživatelé služeb zkoumaného domova sociálních služeb se na zajišťování stravy osobně nepodílejí.

Strava uživatelů služeb daného domova sociálních služeb je zajišťována každodenním dovozem z centrální kuchyně. Vařené jídlo je dováženo v dopoledních hodinách (kolem jedenácté hodiny) ve várnících, v nichž je uchováváno do výdeje. Ostatní potraviny potřebné pro přípravu odpolední svačiny, večeře a snídaně s dopolední svačinou pro následující den je dováženo v přepravech a následně uskladněno v lednicích. V případě teplé večeře je strava přivezena ve várnících v odpoledních hodinách (zhruba kolem třetí hodiny) a v případě potřeby je jídlo před podáváním ohříváno. Chléb a pečivo jsou podle předchozí objednávky denně dováženy pekařskou firmou v časných ranních hodinách. Současně s pekařskými výrobky pro dané středisko je přebíráno pečivo i pro centrální kuchyni, kam je převáženo při zpáteční cestě po přivezení obědů a potravin. Poté je pečivo přerozděleno a s rozvozem obědů přepraveno do ostatních středisek.

Snídaně, svačiny a večeře připravuje z dovezených surovin zdravotní sestra spolu s pracovníky denních služeb, obědy vydává zdravotní sestra. O víkendu se o přípravu a výdej stravy stará pracovník denní služby. Skladba týdenního jídelníčku je připravována hospodářkou domova sociálních služeb za spolupráce vrchní sestry s dvoutýdenním předstihem. Jídelníčky jsou rozeslány na jednotlivá střediska, kde probíhá konzultace s uživateli služeb, které jídlo si objednají k obědu ve dnech s možností výběru. Následně se do centrální kuchyně nahlásí závazný počet jednotlivých porcí. Současně probíhá závazné přihlášení k odběru obědů od pracovníků daného domova.

Týdenní jídelníček

Den v týdnu	Jídlo dne				
	Snídaně	Přesnídávka	Oběd	Svačina	Večeře
Pondělí	Chléb, sýr, máslo, zelenina, čaj	Ovoce	Polévka charčo po gruzínsku, I. Čočka na kyselo, uzené maso, okurka, čaj II. Rýžový nákyp, kompot, čaj	Oplatka, džus	Lososový krém, pečivo, zelenina, čaj
Úterý	Výběr	Přesnídávka	Polévka bramborová, Maminčino kuře, ovoce, čaj	Puding, ovoce	Zapečený květák, brambor, rajský salát, čaj
Středa	Výběr	Zelenina	Polévka z kostí s játrovou rýží, I. Selská vepř. peč., špenát, br. knedlík, pečivo, čaj II. Houbový kuba, okurka, čaj	Termix, ovoce	Tvaroh s pažitkou, pečivo, zelenina, čaj
Čtvrtek	Výběr	Ovoce	Polévka hráškový krém, I. Smažené rybí filé, br. kaše, zelený salát, čaj II. Ovesná kaše, kompot, čaj	Jogurt, ovoce	Vaječná pomazánka, pečivo, zelenina, čaj
Pátek	Koláče, kakao	Přesnídávka	Vaříme na přání klientů: Polévka kapustová, Španělský ptáček, rýže, čaj, moučník	Tvaroh, ovoce	Těstovinový salát, čaj
Sobota	Chléb, máslo, paštika, zelenina, čaj	Zelenina	Polévka minestrone, Vepřové maso v mrkvi, brambor, čaj	Jogurt, ovoce	Obložený talíř, chléb, čaj
Neděle	Pečivo, máslo, žervé, zelenina, čaj	Ovoce	Polévka hovězí s písmenkou, Přírodní krutý plátek, am. brambor, obloha, čaj	Oplatka, ovoce	Tlačenka s cibulí a octem, chléb, čaj

Tabulka č. 4: Týdenní jídelníček obyvatel vybraného střediska domova sociálních služeb

3.6.4 Obstarávání věcí osobní potřeby

Vybrané středisko chráněného bydlení

Na nákup věcí osobní potřeby (hygienické potřeby, pochutiny, ošacení...) jsou finanční prostředky vyčleněny zvlášť. Jejich výše se odvíjí od příjmů jednotlivých uživatelů služeb. Měsíční finanční částky jednotlivých uživatelů služeb se pohybují od šesti do osmi set korun. Těmito finančními částkami disponuje v podobě záloh vedoucí střediska, jenž je uživatelům po předchozí domluvě uvolňuje a následně je s nimi vyúčtovává. Poté vyúčtování předkládá sociální pracovníci a na základě vyúčtování obnovuje výši záloh. Tyto nákupy probíhají individuálně, jeden až dvakrát v měsíci a jsou vyúčtovávány odděleně od nákupů potravin denní potřeby. Potřeba vynaložení vyšších položek (obstarání obuvi, svrchního oblečení, hrazení rekreace...) je předem projednávána se zákonnými zástupci a se sociální pracovníci a je realizována prostřednictvím mimořádných záloh, případně přímou platbou z účtu uživatele služeb.

Kromě těchto finančních prostředků disponují uživatelé služeb vybraného střediska chráněného bydlení pravidelnými měsíčními částkami - „kapesným“, které se pohybuje ve výši od dvou do tří set korun a jejichž vynaložení nikde nedokládají. V případě, že vzniknou mimořádné náklady (například vstupné na výstavu, lístek do kina...), které uživatelé služeb hradili ze svého kapesného a mají k těmto výdajům platný doklad, je jim tento výdaj vyúčtován a uhrazen vedoucím střediska ze záloh, jimiž disponuje.

Vybrané středisko domova sociálních služeb

V kompetenci uživatelů služeb je obstarávání drobných nákupů věcí osobní potřeby (hygienické prostředky, pochutiny, ošacení...) ve spolupráci se svým klíčovým pracovníkem. Klíčoví pracovníci jsou zodpovědní za vedení uživatelů služeb při zhodnocování vlastních potřeb a zájmů, priorit jednotlivých potřeb a finančních možností jejich realizace. Tyto nákupy probíhají průměrně dvakrát v měsíci, hradí je klíčový pracovník z vlastních zdrojů. Po vyúčtování s vedoucím střediska jsou pracovníkovi vynaložené částky vedoucím střediska proplaceny ze záloh z účtů uživatelů služeb, jimiž vedoucí střediska disponuje a jež následně jedenkrát v měsíci vyúčtovává se sociální pracovníci. Během tohoto vyúčtování vedoucí střediska finanční zdroje (zálohy) doplňuje pro následující měsíc. Pracovníci jsou obeznámeni s možnou výší nákladů na nákupy věcí osobní potřeby jednotlivých uživatelů služeb a jsou zodpovědní za vedení

uživatelů služeb k dodržování těchto limitů. Částky se pohybují v průměru kolem pěti set korun. Potřebné vynaložení vyšších finančních částek je konzultováno se zákonnými zástupci a se sociální pracovníci.

Uživatelé služeb volně disponují měsíčními finančními částkami od 100,- Kč do 200,- Kč, jejichž vynaložení závisí pouze na jejich vlastním rozhodnutí, a které nedokládají prostřednictvím účtů. Jedná se o tzv. „kapesné“, z něhož si pořizují například vlastní pastelky, občerstvení na výletě a podobně.

3.7 Vyhodnocení rozhovorů

Rozhovor jsem vedla postupně se všemi sedmnácti uživateli služeb konkrétních zkoumaných zařízení, z toho jeden uživatel se k většině cílených otázek nedokázal vyjádřit. V rámci rozhovorů byl zkoumaný domov sociálních služeb označen pouze jako domov - uživatelé služeb používají a znají toto zkrácené označení.

Otázka č. 1: Líbí se Vám tady v Domově - v Chráněném bydlení, jste zde spokojeni?

Pomocí této uzavřené otázky jsem chtěla pro začátek pouze obecně zjistit, zda se uživatelé služeb dokáží jednoznačně vyjádřit ať již kladně, nebo záporně. Spojení tady v Domově bylo použito záměrně, aby bylo pro uživatele služeb zřejmé, na který domov se ptám. Mnozí z uživatelů používají označení „doma“ nejen pro domov či chráněné bydlení, ale i pro místo svého původního bydliště.

V odpovědích většinou zaznělo nezpochybnitelné ano, v některých případech byla znatelná jistá váhavost, jeden uživatel služeb zkoumaného domova se nevyjádřil.

Vyjádření míry spokojenosti

Otázka č. 1: Líbí se Vám tady doma - jste zde spokojeni?	Ano	Ne	Docela ano	Moc ne
Chráněné bydlení	4	0	1	2
Domov	7	0	2	0

Tabulka č. 5: Vyjádření míry spokojenosti

Otázka č. 2: Chtěli byste bydlet někde jinde?

Uzavřenou otázkou č. 2 jsem si chtěla ověřit otázku č. 1, především u odpovědi ano na předešlou otázku.

V odpovědích na tuto otázku váhavost nezazněla, odpovědi ano - ne byly zcela jednoznačné a většinou korespondovaly s předchozím vyjádřením míry spokojenosti se současným bydlením. Jeden uživatel služeb domova, který na první otázku odpověděl ano, líbí se mi tady, odpověděl na druhou otázku také ano, chtěl bych bydlet jinde. Jeden uživatel služeb domova se opět nevyjádřil.

Možnost jiného bydlení

Otázka č. 2: Chtěli byste bydlet někde jinde?	Ano	Ne
Chráněné bydlení	2	5
Domov	2	7

Tabulka č. 6: Možnost jiného bydlení

Otázka č. 3: Kde jinde byste rádi bydleli a proč?

Tuto otevřenou otázku jsem pokládala pouze uživatelům služeb, kteří projevíli přání bydlet někde jinde. Uvádím přesné znění jejich odpovědí.

Chráněné bydlení

- 1) „Zpátky v ústavu, protože bych se nemusela o všechno starat sama.“
- 2) „Zase v ústavu, protože se mi po všech stýská, po kamarádkách a vychovatelkách.“

Domov

- 1) „V chráněném bydlení, tam bych byl sám a mohl jíst to, co chci.“
- 2) „Doma u táty, ale asi to nejde, když umřel, vid’? U táty se nemusím koupat.“

Otázka č. 4: Proč byste nechtěli bydlet jinde?

Tato otevřená otázka byla určena uživatelům služeb, kteří se vyjádřili, že nikde jinde bydlet nechtějí. Překvapivě často zazněla odpověď, že tady jsou doma a to i od uživatelů

služeb, kteří vytrvale slovem doma označují bydliště své rodiny a při návštěvě v rodině oznamují, že půjdou, nebo byli doma. Stejně častým důvodem je také přítomnost kamarádů. Ani k této otázce se jeden uživatel služeb sledovaného domova neuměl vyjádřit.

Zdůvodnění nezájmu o jiný typ bydlení

Otázka č. 4: Proč byste nechtěli bydlet jinde?	Jsem tu doma	Mám tady kamarády	Už jsem si tady zvykl (a)	Nechci si zvykat jinde
Chráněné bydlení	2	2	1	0
Domov	3	3	0	1

Tabulka č. 7: Zdůvodnění nezájmu o jiný typ bydlení

Otázka č. 5: Co se Vám tady nejvíce líbí (s čím jste spokojeni)?

Pomocí této otevřené otázky jsem chtěla zjistit, co uživatele služeb konkrétních zkoumaných zařízení (chráněného bydlení a domova sociálních služeb) nejvíce uspokojuje. Odpovědi byly různorodé a mnohočetné. Pro srovnání jsem vybrala nejčastěji se opakující. Tentokrát odpověděli všichni uživatelé služeb.

Vyjádření předmětu - činnosti přinášející uspokojení

Otázka č. 5: Co se Vám nejvíce líbí, co Vás baví?	Práce, pracovní činnosti	Výtvarné, hudební činnosti	Pohybové činnosti	Vycházky, výlety	Strava	Volný čas, možnosti jeho trávení
Chráněné bydlení	7	2	4	6	3	6
Domov	7	6	8	9	7	8

Tabulka č. 8: Vyjádření předmětu - činnosti přinášející uspokojení

Uživatelé služeb daného domova sociálních služeb navíc v devíti případech uvedli oblibu zahrady a činností na zahradě. Zkoumané chráněné bydlení zahradou nedisponuje, proto není uvedena v tabulce.

Otázka č. 6: S čím nejste spokojeni, co Vám vadí?

Účelem otázky bylo umožnit uživatelům služeb vyjádřit konkrétní zdroje jejich nespokojenosti. Pro možnost srovnání jsem vybrala nejčastěji se opakující odpovědi.

Vyjádření příčin nespokojenosti

Otázka č. 6: S čím nejste spokojeni, co Vám vadí?	Hádky mezi uživateli	Některý z pracovníků	Strava	Možnosti kulturních akcí (málo)	Málo soukromí	Finanční omezení
Chráněné bydlení	4	6	2	5	4	5
Domov	6	8	2	6	7	4

Tabulka č. 9: Vyjádření příčin nespokojenosti

Otázka č. 7: Co by se mělo (mohlo) změnit - zlepšit?

Otázka byla směřována tak, aby uživatelé služeb sami navrhovali konkrétní změny a vylepšení, které by jim mohly zpříjemnit bydlení ve stávajícím zařízení. V tabulce shrnuji opět pouze nejčastější odpovědi.

Výčet možností zlepšení stávajících podmínek bydlení

Otázka č. 7: Co by se mělo změnit - zlepšit?	Více výletů	Více pohybových aktivit	Samostatný pokoj	Kroužek vaření	Častější návštěva cukrárny	Možnost individ. programu
Chráněné bydlení	5	4	4	3	3	1
Domov	4	3	4	4	7	4

Tabulka č. 10: Výčet možností zlepšení stávajících podmínek bydlení

Uživatelé služeb zkoumaného chráněného bydlení měli vesměs (v šesti případech) jedno velmi specifické přání - stálost personálu, mít vlastního dlouhodobého klíčového pracovníka. Uživatelé služeb zkoumaného domova sociálních služeb se v osmi případech vyjádřili pro obnovu, případně vytvoření nového obývacího pokoje.

4 Diskuze

Diskuze zahrnuje shrnutí a komentář k získaným výsledkům výzkumu.

4.1 Personální zajištění

Největší problém v personálním zajištění vybraného střediska chráněného bydlení vnímám v častém střídání pracovníků a v jejich nízké kvalifikaci.

Příčinu této situace a postoje pracovníků lze podle mého názoru dohledat v současném ekonomickém tlaku ze strany zřizovatele, jenž vzniká na základě sociální politiky státu. Tento ekonomický tlak nutí vedení posuzovaného zařízení přijímat na pozici asistentů chráněného bydlení pracovníky v co nejnižším platebním zařazení na pozici pracovník sociální péče. Nelze se divit, že na tuto pozici se nehlásí kvalifikovaní a zkušení pracovníci. Pracovníci, kteří se na tuto pozici hlásí (či jsou z jakéhokoli důvodu nuceni se hlásit), považují toto zaměstnání pouze za dočasné řešení, než se jim naskytne jiná, výhodnější pracovní příležitost.

Přijímání pracovníci velmi často pocházejí z řad studentů. Studenti si zde plní povinnou praxi, nebo si zde formou částečného úvazku přivydělávají během studia. Další alternativou, jak zajistit asistenci v chráněném bydlení, je přijetí rekvalifikovaných pracovníků na doporučení úřadu práce. Třítýdenní rekvalifikace je doplněna týdenní praxí. Praxe probíhala v domově s pečovatelskou službou pro seniory. V obou případech se jedná o pracovníky, kteří se většinou poprvé v životě dostávají do přímého kontaktu s osobami s mentální retardací a z důvodu nedostatku stálých kvalifikovaných a zkušených pracovníků jsou „vrženi“ přímo do provozu.

Souběh nezkušenosti v jednání s uživateli služeb, nemožnosti profesního růstu, změny pracovního zařazení (a tím i finančního ohodnocení) spolu s vidinou dočasnosti zaměstnání vede rychle ke ztrátě ideálů a k rezignaci asistentů, kteří se po krátké době začnou zajímat především o to, jak službu ve zdraví a bez konfliktů přežít. V rámci „zachování klidu“ ustupují uživatelům služeb v jejich požadavcích a v mnoha případech tak upevňují jejich zažité vzorce nevhodného chování a návyků bez snahy o změnu k lepšímu.

Ani ze strany uživatelů služeb nelze očekávat (s ohledem na časté střídání asistentů) ochotu k zavádění „novinek“. Jsou si plně vědomi, že současný asistent zde dlouho působit

nebude a nově příchozí bude mít opět jiné představy a názory. Tak proč se snažit o změny, když budou pouze dočasné. Je podstatně jednodušší si přizpůsobit asistenty. V tomto umění manipulace jsou uživatelé služeb zcela nepřekonatelní.

Problematika personálního zajištění se týká také vybraného střediska domova sociálních služeb, i když v jiné podobě. Stejně jako ve sledovaném chráněném bydlení, noví pracovníci mohou být přijati pouze na pozici pracovníka sociálních služeb. Není proto divu, že si vedoucí zkoumaného domova sociálních služeb snaží udržet stávající kvalifikovaný a zkušený personál po co nejdelší možnou dobu. Důsledkem této pochopitelné snahy však je, že v současné době v domově sociálních služeb pracuje čtyřicet procent zaměstnanců v důchodovém věku, kdy nejstaršímu pracovníkovi je sedmdesát tři let. Pouze dva členové kolektivu jsou mladší třiceti let. Zbytek kolektivu je ve věku shodném s věkem uživatelů služeb, mezi padesáti až šedesáti lety. U starších pracovníků se do značné míry projevuje (kromě úbytku sil) také určitá strnulost v dnes již zastaralých postojích. Patrná je také neochota zkoušet nové postupy v přístupu k vedení uživatelů služeb. Dostávají se tak poměrně často do sporu s mladšími spolupracovníky, kteří by nové trendy rádi zavedli do praxe.

Uživatelé služeb poté z těchto kolizních situací těží ve svůj prospěch měněním svých názorů na daný problém podle toho, který z pracovníků je právě přítomen. Během dne jsou schopni několikrát změnit názor a zaujatě přitakávat, ačkoliv předtím se na stejné téma vyjadřovali záporně. Nejen že si tímto způsobem nejsou schopni vytvořit vlastní názor a obhájit jej, navíc si osvojují pokrytectví, které by podle mého názoru nemuseli ovládat s takovou bravurou, jakou projevují.

4.2 Struktura dne

Na první pohled je zřejmé, že struktura dne uživatelů služeb vybraného střediska chráněného bydlení je mnohem podobnější struktuře dne běžné populace, než struktura dne uživatelů služeb vybraného střediska domova sociálních služeb. Obě varianty mají svá pozitiva i negativa.

V rámci žádaného integračního procesu považuji systém zkoumaného chráněného bydlení za jednoznačně vhodnější. Uživatelé služeb chráněného bydlení tráví většinu dne mimo místo bydlení, kde se opět scházejí v pozdních odpoledních až večerních hodinách. Zde společně tráví zbytek dne, většinou se sdružují v obývacím pokoji.

Ženy a muži se vzájemně zvou na návštěvy do druhého bytu. Sdělují si zážitky uplynulého dne, věnují se přípravě večeře, údržbě domácností, řešení osobních problémů. To vše za případné potřebné dopomoci asistentů či vedoucího střediska. Ve večerních hodinách se věnují vlastním zájmům, buď společně, nebo individuálně ve svém pokoji. Pravidelná docházka do zaměstnání či denního stacionáře jim umožňuje seberealizaci v rámci vlastních možností a schopností a každodenní sociální kontakty - setkávání se s jinými lidmi, spolupracovníky a přáteli. Také obstarávání nákupů a následná příprava jídla je posilujícím faktorem pro jejich sebedůvěru a uspokojuje jejich potřebu pocitu soběstačnosti a nezávislosti.

Struktura dne uživatelů služeb zkoumaného domova sociálních služeb méně odpovídá integračnímu procesu, je více přizpůsobena jejich individuálním potřebám. Zohledňuje potřebu střídání aktivizačních činností a času pro odpočinek a individuální činnost. Podporuje rozvoj a rozšiřování zájmů, zabezpečuje potřebnou pravidelnou zdravotní péči. Uživatelé služeb daného domova sociálních služeb tráví většinu dne společně, kdy se věnují aktivizačním činnostem, případně spolupracují při údržbě domova a údržbě svých osobních věcí (skládání prádla a podobně). Během aktivizačních činností realizovaných v prostorách domova sociálních služeb se uživatelé služeb dělí obvykle na dvě skupiny (pět až šest osob v jedné skupině, ve druhé zbytek - čtyři až pět osob). Rozdělení do skupin závisí jednak na zájmu uživatelů služeb o tu kterou činnost, ale také na aktuálních vzájemných sympatiích či antipatiích. Několikrát týdně odchází uživatelé služeb z vybraného střediska domova sociálních služeb ve skupinách (tři až osm osob) na pravidelné kurzy a do zájmových kroužků, kde se věnují rozvoji svých zájmů a schopností. Večerní čas tráví opět společně, nebo individuální činností na pokojích.

Osobně vnímám jako základní rozdíl mezi konkrétními vybranými středisky chráněného bydlení a domova sociálních služeb především postoj k uživatelům služeb. V chráněném bydlení dopomáhají uživatelům služeb s vedením domácnosti pracovníci (asistenti), v domově sociálních služeb pomáhají s vedením provozu domova pracovníkům uživatelé služeb a to pouze v případě zájmu. V posuzovaném chráněném bydlení jsou uživatelé služeb vedeni k vyšší míře soběstačnosti, zodpovědnosti a získávají vyšší míru zdravé sebedůvěry.

U struktury dne sledovaného střediska chráněného bydlení mne překvapila časová dotace vyměřená pro ranní hygienu, přípravu a následnou konzumaci snídaně spolu

s přípravou dopolední svačiny, již považuji za nedostatečnou. Osobně jsem byla svědkem pravidelného ranního chaosu (včetně polykání posledních soust snídaně během jízdy výtahem), který rozhodně nenapomáhal duševní pohodě a vyrovnanosti uživatelů služeb při odchodu do zaměstnání. Stejně nedostatečně vnímám čas vyhrazený na oběd. Půl hodiny sotva stačí pro samotnou konzumaci oběda, není zde již žádná časová rezerva pro potřebnou hygienu či odpočinek. Bohužel, půlhodinová pauza na oběd je u zaměstnavatelů zcela běžná. Také považuji za důležité vyzdvihnout nedostatek času určeného pro oblast rozvoje osobních zájmů uživatelů služeb.

Rovněž struktura dne posuzovaného domova sociálních služeb má své nedostatky. V první řadě spojení snídaně s dopolední svačinou. Tato situace vznikla s ohledem na požadavek uživatelů služeb na možnost pozdějšího vstávání. Když se začnou po ranní hygieně scházet v jídelně, je obvykle již po osmé hodině. Z důvodu společného stolování začínají snídat kolem půl deváté a celý proces dokončují před devátou hodinou. Oběd následuje již ve dvanáct hodin, a protože je dodáván z centrální kuchyně, nelze jej časově příliš posouvat tak, aby vznikl časový prostor pro dopolední svačinu. Spojení svačiny (byť v podobě ovoce) se snídaní mi nepřipadá jako vhodné řešení, jelikož se frekvence stravování snižuje na čtyři jídla denně, ale je to realita. Jako další nedostatek pociťuji až příliš častou společnou aktivitu v prostorách domova sociálních služeb. Není divu, že při stálém kontaktu vznikají mezi uživateli služeb rozdíly až antipatie, jež následně ovlivňují celkovou atmosféru a mají dopad na duševní pohodu ostatních, v konfliktu nezúčastněných uživatelů služeb. Východiskem z dané situace se jeví častější vycházky po menších skupinách a také rozdělení uživatelů služeb do menších skupinek při hromadném přesunu městskou dopravou.

4.3 Rozložení aktivit během týdne

Ve vybraném středisku chráněného bydlení je rozložení aktivit během týdne také mnohem podobnější rozložení aktivit v týdnu běžné populace, než ve vybraném středisku domova sociálních služeb. Bohužel i s veškerými negativy. Nelze si nepovšimnout výrazného nedostatku pohybových aktivit. Výjimku tvoří dva muži, kteří mají ve svém chráněném zaměstnání dostatek pohybu po celou pracovní dobu. Ostatních pět uživatelů služeb má během týdne sedavé zaměstnání v chráněných dílnách a jedinou pravidelnou pohybovou činností je účast na pravidelném plaveckém kurzu (dvě ženy docházející do denního stacionáře), páteční večerní cvičení (tři ženy a jeden muž) a krátké večerní

procházky (cca půl hodiny volné chůze), o které však uživatelé služeb nejeví valný zájem. Za další výraznější pohybovou činnost lze počítat nedělní výlety a občasnou cyklistickou vyjížďku během sobotního odpoledne. S ohledem na postupně narůstající nadváhu uživatelů služeb (čtyři ze sedmi uživatelů služeb) je viditelný nedostatek pohybu alarmující. Zarážející je také již zmíněná absence času určeného k osobnostnímu a zájmovému rozvoji uživatelů služeb.

Ve vybraném středisku domova sociálních služeb rozložení aktivit během týdne více reflektuje potřebu pohybových aktivit uživatelů služeb. Pravidelné pohybové aktivity jsou zařazené do programu třikrát týdně a jsou doplňovány delšími odpoledními vycházkami, jedenkrát za čtrnáct dní nedělními odpoledními tanečními čaji, nebo výlety. Veškerých pohybových aktivit se ochotně zúčastňuje většina uživatelů služeb sledovaného domova sociálních služeb. Výrazný přínos tvoří především pravidelný plavecký kurz, jehož rekondiční a rehabilitační účinek je nepopiratelný. Také v domově sociálních služeb se potýkají uživatelé služeb (bohužel všichni) s mírnou až značnou nadváhou, v jednom případě již s obezitou. I z tohoto důvodu se v současné době v daném středisku domova sociálních služeb zařazuje do programu další pravidelná pohybová činnost - kurz rekondičního cvičení na míčích a plánuje se častější a účelnější využití nově rekonstruované tělocvičny v suterénu budovy. Dalším, neméně důležitým důvodem pro rozšíření pohybových aktivit je zpomalení postupného snižování motorických schopností stárnoucích uživatelů služeb sledovaného domova sociálních služeb a udržení jejich tělesné kondice na co nejvyšší možné úrovni po co nejdelší dobu.

4.4 Stravovací systém

Ve zkoumaném středisku chráněného bydlení splňuje stravovací systém teoreticky veškerá požadovaná kritéria kladená na vedení uživatelů služeb ke zdravému životnímu stylu v oblasti zdravé racionální výživy. Mají možnost si za dopomoci asistentů samostatně nakupovat denně čerstvé suroviny pro přípravu stravy a rozhodovat o složení jídelníčku. Při bližším prozkoumání skladby stravy jednoho týdne u jednotlivých uživatelů služeb však narazíme na „maličký problém“. Skladba stravy odpovídá čemukoliv jinému, jenom ne zdravé racionální výživě! Strava obsahuje nadměrné množství živočišných tuků obsažených v živočišných potravinách, jednoduchých sacharidů i kuchyňské soli. Výrazný je nedostatek vlákniny, syrových potravin (ovoce, zelenina), zcela chybí konzumace ryb.

„Maličký problém“ má hned několik zásadních důvodů. Prvním je finanční omezení denních výdajů. Tento problém je ve své podstatě neřešitelný. S výší invalidního důchodu II. stupně 6.400,- Kč muži a 5.800,- Kč ženy, přiznaným příspěvkem na péči I. stupně ve výši 800,- Kč, a průměrným výdělkem cca 5.500,- Kč zbývá po odečtení nákladů na bydlení a stravu poskytovanou v chráněných dílnách a v chráněném zaměstnání průměrně 5.500,- Kč až 6.000,- Kč. Odečteme následně výši denních výdajů, částku určenou na obstarávání věcí osobní potřeby a „kapesné“ spolu s částkou na doplnění kreditu mobilního telefonu a dostaneme se k měsíčnímu zůstatku na účtu ve výši zhruba 1.600,- Kč až 2.000,- Kč. Z nich je následně hrazena účast na kulturních akcích, kurzech a podobně. Nutná je též potřeba kalkulace nákladů na doplatky za pravidelně užívané léky. Pokud se přidruží nějaký mimořádný výdaj (boty, bunda, brýle, rekreace...), je zůstatek na účtu v řádu pouhých několika set korun až nuly, případně se nachází v minusových položkách a je nutno sáhnout do rezerv vytvořených ze zůstatků v předcházejících měsících. Tímto rychlým a pouze hrubým propočtem nám vychází, že s výší denních limitů příliš hýbat nelze.

Druhým stěžejním důvodem problému se skladbou jídelníčku je zodpovědnost asistentů za vedení uživatelů služeb při výběru nakupovaných surovin pro přípravu stravy a za následnou pomoc při samotné přípravě stravy, která očividně selhává. Smutným faktem zůstává konstatování, že tato zodpovědnost selhává především z důvodu nezájmu a lhostejnosti ze strany asistentů, kteří se starají pouze o prokazatelné a pravidelně prokazované dodržení denních finančních limitů. V lepším případě je důvodem nezkušenost v jednání s osobami s mentální retardací, případně (u mladých lidí) s vedením domácnosti a vařením. To vše souvisí s již dříve zmíněnou problematikou personálního zajištění.

Uživatelé služeb sami neprojevují přílišnou ochotu ke změně svých (byť nevhodných) stravovacích návyků. Prioritou uživatelů služeb je snadnost přípravy stravy a okamžité uspokojení jejich momentálních chutí. Velkou roli hrají také zažitá stereotypy, které uživatelé služeb mění jen velmi, ale opravdu velmi neradi. Ostatně, proč by měli věřit asistentovi, že je k večeři vhodnější zeleninový salát než párek, když si tento asistent k večeři zakoupil hamburger. Navíc si jsou uživatelé služeb po předchozích zkušenostech dobře vědomi, že pokud se budou na veřejnosti chovat

nevhodně, asistenti ve svých (z pohledu uživatelů služeb nevhodných) návrzích rychle ustoupí a oni si uhájí své původní stanovisko ohledně nakupovaného sortimentu.

Za další, neméně důležitý faktor považuji nedostatek času na snídani a oběd, na který jsem již poukazovala ve struktuře dne. Během ranního shonu uživatelé služeb i za dopomoci asistenta stěží zvládnou něco jiného, než právě namazání housky či chleba, přípravu nápoje a jejich následnou konzumaci. Rozhodně „neztrácí čas“ úvahami o doplnění snídaně o kousek zeleniny, kterou by si museli nejprve očistit, případně ještě upravit formou pokrájení. Totéž platí pro přípravu svačín. Na dopoledne si s sebou vezmou to, co jim zbylo ze včerejšího dne, nebo si něco koupí cestou. Odpolední svačiny si obvykle obstarávají v místě zaměstnání. Opět vyhledávají druh potravin nevyžadující žádné úpravy. V lepším případě se jedná o kus ovoce či jogurt, často však dochází na sladké pečivo a jiné nevhodné potraviny.

Čas vymezený na oběd opět neumožňuje uživatelům služeb přílišnou kulturu stolování a přemýšlení o druhu stravy. Jen na samotnou orientaci v denní nabídce zaměstnanecké kantýny potřebují více času než ostatní zaměstnanci. Delší časový úsek potřebují i k samotné konzumaci potravy. Z důvodu jeho nedostatku se obvykle uchylují k objednávaní stále stejného pokrmu, vynechávají polévky a jedí ve spěchu.

Ve zkoumaném středisku domova sociálních služeb je složení jídelníčku relativně vhodnější, stravovací systém však stále není optimální. Z vypočítaných nedostatků bych ráda upozornila především na systém zajišťování pečiva, nutnost dvoutýdenního předstihu při výběru obědového menu i samotné možnosti výběru, složení svačín, potřebné zohlednění individuálních potřeb jednotlivců.

Při systému dovozu veškerého pečiva do jednoho střediska, jeho následnému převozu do centrální kuchyně, přerozdělování a dalšímu převozu do ostatních středisek je zřejmé, že ostatní střediska mají k snídani den staré pečivo. V případě chleba by toto neznamenal až tak výrazný problém, ale konzumovat k snídani den staré housky, rohlíky či koláče, se mi již jako problém jeví. Ať již z pohledu chuti a vzhledu pečiva, nebo z pohledu zdravotní nezávadnosti například v případě koláčků s makovou a tvarohovou náplní.

Značně mne také překvapil nutný dvoutýdenní předstih při výběru menu ve dnech výběru i samotná nabídka výběru. Ani já sama nedovedu s jistotou určit, zda za čtrnáct dní budu mít na to které jídlo chuť, natož uživatelé služeb, kteří v mnohem větší míře podléhají svým momentálním chutím. Často docházelo k situacím, že uživatel služeb požadoval

přesně opačné jídlo, než si původně objednal a objednané jídlo odmítnul konzumovat. Na druhou stranu však musím upozornit na skutečnost „vstřícného kroku“ centrální kuchyně s usnadněním výběru uživatelů služeb. V posledním půlroce se ve dnech výběru pravidelně objevuje nabídka slanejšího x sladkého jídla. Zvláště v případech kdy slanejší jídlo představuje luštěniny či zeleninové jídlo, je objednávka jednoznačná. Desetkrát sladké a rozhodně nikdo nevyžaduje změnu!

V této souvislosti bych ráda upozornila na složení svačín. Je zarážející četnost podávání doslazovaných pokrmů v týdnu u osob majících problémy s nadváhou. Ovocné přesnídávky, pudinky se šlehačkou, oplatky s džusem (0,2 l „pitíčka“). Také ovocné jogurty by nemusely být vždy smetanové. Chápu, že v rámci snahy o zužitkování sponzorských darů se tyto potraviny na jídelníčku objevují. Myslím si však, že pokud nelze ovlivnit sortiment sponzorských darů, bylo by v zájmu zdraví uživatelů služeb zvážit odmítnutí těchto darů.

Osobně považuji za nedostatečné zařazení zeleninových svačín. Množství zeleniny určené pro přípravu svačiny shledávám nedostatečným. Pokud se mají mezi deset dospělých osob rozdělit tři paprikové lusky spolu s jednou salátovou okurkou, porce na osobu je mizivá. Ani množství zeleniny přikládané k snídani není příliš výrazné, jedná se obvykle o půl rajčete na osobu.

Také již dříve zmiňovaná frekvence jídel v posuzovaném domově sociálních služeb je zarážející. Čtyři jídla denně, namísto doporučovaných pěti, vedou ke konzumaci větších porcí a tím následně i k dalšímu nárůstu nadváhy.

V oblasti stravování jsem se ve zkoumaném středisku domova sociálních služeb setkala ještě s jedním problémem. Malé, nebo spíše neexistující zohlednění individuálních potřeb uživatelů služeb v oblasti stravování, které bych ráda přiblížila na popsání dvou konkrétních příkladů. V prvním případě se jedná o neoblíbenost až averzi vůči druhu potravy. Konkrétně k brynzovým haluškám. Na jídelníčku se objevují minimálně jednou v měsíci, častěji dvakrát. Jedna žena je ale nepozře, přesto nemá možnost odmítnout odebrat porci, kterou sice nesní, avšak plně ji hradí. Jako náhradní jídlo je jí poté podáván chléb či pečivo (jež zbyly od snídaně) s větší porcí polévky (které se v její prospěch vzdá některý z pracovníků). Druhý příklad je již podstatně závažnější. Během pravidelné preventivní prohlídky byla u jedné ženy zjištěna silně zvýšená hladina glukózy v krvi (8,7mmol/l). Lékař upozornil zdravotní sestru doprovázející uživatelku služeb, že žena je

vážně ohrožena vznikem diabetu II. typu. Protože však onemocnění prozatím není akutní a tudíž není diagnostikováno, dostává žena (přes upozornění v centrální kuchyni) podle norem nadále stejnou stravu, jako ostatní uživatelé služeb, včetně již zmíněných doslazovaných potravin ke svačinám! Ve sledovaném domově sociálních služeb v současné době probíhá čilý směnný obchod. Pracovníci směňují s uživatelkou služeb (s jejím souhlasem) smetanové slazené jogurty za nízkotučné bez přidaného cukru, rovněž doslazované ovocné přesnídávky jsou vyměňovány za mixované ovoce. Oplatky se mění za dia výrobky, obdobně jako džusy.

Domnívám se, že stávající stravovací normy by zasluhovaly výrazné přehodnocení. Nejen z důvodu že pokud není stanovena diagnóza, nedochází k úpravě stravy. Přehodnocení norem je potřebné i z pohledu měnících se potřeb uživatelů služeb na nutriční hodnoty podávané stravy. Předpokládám, že co je vhodné pro aktivního čtyřicátníka, neodpovídá potřebám zdatných šedesátníků, jejichž BMI (index tělesné hmotnosti) se pohybuje nad 27 a energetický výdej se u nich postupem let výrazně a rychle snižuje. BMI (z anglického *Body Mass Index*) je index, který se používá pro klasifikaci podváhy, nadváhy či různé stupně obezity.

4.5 Vyhodnocení rozhovorů

Otázka č. 1

Odpověď na tuto otázku nebyla pro uživatele služeb jednoduchá. Rozhodnutí o míře spokojenosti u nich značně ovlivňuje nejen jejich momentální duševní rozpoložení, ale i aktuální fyzický stav. Pokud bude daná otázka položena ve chvíli, kdy je uživatel služeb unavený, nebo krátce po nějakém nezdaru či konfliktu, nebude spokojen s nikým a ničím. V těchto případech uživatelé služeb reagovali negativně. Bylo nutné dotazování přerušit a pokračovat v nezávazném rozhovoru, jehož směr udával uživatel služeb, nebo rozhovor na přání uživatele služeb zcela ukončit. Návrat k cíleným otázkám bylo možné uskutečnit až později, třeba i za několik dní, kdy byl uživatel služeb relativně v kondici a pohodě a ochotný spolupracovat na rozhovoru.

Ze sedmnácti dotazovaných osob odpovědělo šestnáct osob, jeden uživatel služeb se neuměl vyjádřit. Pouze dva uživatelé služeb vyjádřili spíše nespokojenost se současným stavem v hodnoceném chráněném bydlení a tři uživatelé služeb dali najevo menší míru

spokojenosti. Z toho vyplývá, že většina, tedy jedenáct osob se cítí spokojeně, což bylo velmi příjemné zjištění.

Pro mne osobně byl překvapivý fakt, že mnohem menší míru spokojenosti projevili uživatelé podstatně volnějšího a svobodnějšího prostředí zkoumaného chráněného bydlení, než uživatelé služeb zkoumaného domova sociálních služeb.

Otázka č. 2

Na druhou otázku odpovědělo opět šestnáct ze sedmnácti dotazovaných osob, jeden uživatel služeb se ani k této otázce nedokázal vyjádřit (v podstatě otázku nebyl schopen chápat). Čtyři dotazovaní uživatelé služeb projevili jednoznačné přání bydlet někde jinde, většina (dvanáct osob) by současné bydlení rozhodně neměnila. V odpovědích na tuto otázku byla vyjádření uživatelů služeb jasná a bez známek váhavosti či nerozhodnosti.

Ačkoliv je potěšující, že většina uživatelů služeb je spokojena a nechce žít v jiných než současných podmínkách, myslím, že je nutné brát v potaz jejich nechuť a neochotu k radikálnějším změnám, i kdyby tyto změny měly vést k lepšímu a plnohodnotnějšímu životu. Konečně, jak vyplývá z následujících otázek, určitým částečným změnám by se nebránili, do jisté míry by je i uvítali, ale ve stávajícím známém prostředí a složení kolektivu spoluuživatelů.

Otázka č. 3

Na tuto otázku odpověděly všechny čtyři dotazované osoby. Jak již jsem podotkla u předchozí otázky, uživatelé služeb se jen těžko vyrovnávají s radikálními změnami. Tři z odpovědí to plně dosvědčují, i když důvody jsou různé. Uživatelky služeb vybraného střediska chráněného bydlení (které zde bydlí již osm let) by chtěly zpět do ústavu - ať již z pocitu přílišné zodpovědnosti za sebe sama, nebo ze stesku po původním kolektivu. Také uživatelka služeb vybraného střediska domova sociálních služeb by raději do známého prostředí původního domova, ačkoliv si uvědomuje, že toto přání je nerealizovatelné. V domově sociálních služeb žije již třetím rokem a doposud se s touto změnou zcela nevyrovnala. Poslední uživatel služeb poměrně výstižně vyjádřil svou touhu po větší míře soukromí a volnosti, než jaké může poskytnout posuzovaný domov sociálních služeb. Z dalšího rozhovoru s tímto uživatelem služeb o jeho představách života v chráněném bydlení nakonec vyplynulo, že si chráněné bydlení zaměňuje s jinou formou

sociálních služeb, s podporovaným bydlením. Bohužel takovéto formy bydlení není schopen.

Otázka č. 4

Také v odpovědích na tuto otázku se ve značné míře projevuje potřeba stálosti a neměnnosti v životě uživatelů služeb. Dva z dotazovaných tak i přímo odpověděli - již si zde zvykl(a), nebo si nechce zvykat jinde. Ostatní odpovědi se rovnocenně dělí o pocit získaného domova a s ním souvisejícím stabilním zázemím a o vyjádřenou potřebu společnosti známých osob - kamarádů. Uživatelé služeb potřebují a vyžadují ve zvýšené míře pocit jistoty, stálosti a neměnnosti až stereotypu, který umí a většinou neváhají vyjádřit. Pokud dochází k jakýmkoliv (i požadovaným) změnám, musí dané změny probíhat volným tempem a nenásilnou formou, aby měli uživatelé služeb dostatek času se s nimi sžít a přijmout je za své. Jeden uživatel služeb se opět nevyjádřil.

Otázka č. 5

Na otázku týkající se konkrétních oblastí spokojenosti odpovědělo všech sedmnáct dotazovaných uživatelů služeb. I uživatel služeb vybraného střediska domova sociálních služeb, který na předchozí dotazy nerefletoval, tentokrát velmi zřetelně pronesl „Papů“ a „Pápá“, což znamená oblibu jídla a vycházek či výletů.

Ostatně, jak vyplývá z počtu odpovědí, vycházky a především výlety jsou oblíbené i u ostatních uživatelů služeb. Ve vybraném středisku chráněného bydlení byly preferovány především výlety. Také obliba a potřeba pracovních činností má své výrazné místo v uspokojování potřeb uživatelů služeb, v rámci sledovaných středisek pak více v chráněném bydlení než v domově sociálních služeb. Vyjádřená obliba výtvarných, hudebních a pohybových činností je do značné míry relevantní. Své pro vyjádřili uživatelé služeb, kteří se jich pravidelně zúčastňují (kurzy plavání, cvičení, výtvarná či hudební aktivita v domově, odpolední výtvarné a hudební kroužky, hudební a taneční odpoledne v denním stacionáři...) a jsou s těmito aktivitami spokojeni. Ostatní uživatelé služeb, kteří se těchto aktivit neúčastní (v době jejich konání jsou v zaměstnání) je nezmiňovali. Pokud však mají příležitost, zapojují se do těchto činností s ochotou a elánem. Mezi další oblíbené položky patří volný čas a jídlo. Především ve sledovaném středisku chráněného bydlení si uživatelé služeb velmi považují volného času a možností jeho trávení, i když v jejich případě to většinou znamená sledování televizních seriálů. Ve sledovaném

domově sociálních služeb je volný čas trávený pestřeji. Uživatelé služeb se věnují kreslení, hře na flétnu, pletení, háčkování, poslechu hudby a zpěvu...

Za velké pozitivum zkoumaného domova sociálních služeb považují především možnosti využití vlastní zahrady. Zahrada uživatelům služeb tohoto domova poskytuje jak možnost relaxace, tak množství možností sportovního vyžití a vybití energie. Uživatelé služeb zde rádi posedí u kávy s přáteli z jiných středisek, pořádají turnaje v kriketu, někteří se rekreačně věnují stolnímu tenisu a kopané. K dispozici mají také několik záhonků, kde si pěstují květiny, drobné ovoce (jahody, bílý rybíz) a zeleninu (rajčata). Rádi sázejí a zalévají, méně rádi plejí, nadšeně sklízí. Tuto možnost uživatelé služeb zkoumaného střediska chráněného bydlení nemají. Osobně to vnímám jako velký handicap tohoto chráněného bydlení.

Otázka č. 6

K otázce se opět jeden uživatel služeb nevyjádřil. Ostatní uživatelé služeb vyjadřovali nespokojenost především se špatnými vztahy mezi sebou, případně k některému zaměstnanci. Vzájemné potyčky a nedorozumění vadí především v konfliktech nezúčastněným uživatelům služeb. Výhrady k některému z pracovníků se ve vybraných střediscích chráněného bydlení a domova sociálních služeb do značné míry liší. V domově sociálních služeb se jedná o jednoho konkrétního pracovníka, v chráněném bydlení jsou uživatelé celkově nespokojeni s většinou zaměstnanců. V případě jmenovaných kulturních a společenských akcí spatřují uživatelé služeb problém v jejich malé četnosti, malém množství příležitostí účasti. Vyjádření nespokojenosti se stravou se týká jejího množství. Velké omezení pocítují uživatelé služeb v nedostatku soukromí, především pak uživatelé služeb domova sociálních služeb. Naproti tomu finanční omezení vnímají ve větší míře uživatelé služeb chráněného bydlení. Je to vcelku pochopitelné. Na rozdíl od uživatelů služeb domova sociálních služeb s nimi ve větší míře nakládají, a tudíž si více uvědomují jejich nedostatek. Uživatelé služeb sledovaného domova sociálních služeb se vesměs vyjadřovali o výši „kapesného“.

Otázka č. 7

Také na tuto otázku odpovědělo šestnáct ze sedmnácti dotazovaných. Odpovědi v podstatě navazovaly na odpovědi na předchozí otázku. Uživatelé služeb by uvítali větší množství výletů a vycházek (v případě zkoumaného domova sociálních služeb) a větší množství pohybových aktivit (především uživatelé služeb vybraného střediska

chráněného bydlení). Zájem o samostatný pokoj projevovali uživatelé služeb, kteří bydlí v dvoulůžkových pokojích (nedostatek soukromí). S tímto problémem souvisí i zájem o možnost individuálního programu (potřeba být část dne mimo kolektiv). Z pochopitelných důvodů byl tento zájem více projevovaný od uživatelů služeb sledovaného domova sociálních služeb, kde se pracovníci musí pravidelně potýkat s „ponorkou“. Současné je pochopitelný i čtenější zájem o návštěvy cukrárny ze strany uživatelů služeb vybraného střediska domova sociálních služeb, kteří nemají až tak často příležitost koupit si nějakou sladkost, jako uživatelé služeb sledovaného chráněného bydlení.

Nejvíce mne zaujal projevený zájem o možnost kroužku vaření. U uživatelů služeb zkoumaného střediska chráněného bydlení je ve své podstatě (při jejich zkušenostech s dopomocí asistentů) celkem logický. Pokud si chtějí dopřát něco dobrého místo namazaného chleba či špaget s kečupem, potřebují se naučit jak na to a s dopomocí asistentů již příliš nepočítají. Je povzbudivé, že si tuto potřebu uvědomují a mají zájem ji realizovat. Více mne překvapil tento zájem u uživatelů služeb zkoumaného domova sociálních služeb, kteří mají stravu servírovanou. Je potěšující, že jsou stále odhodláni získávat nové zkušenosti. V obou případech se domnívám, že by kroužek vaření byl nejen vhodný, ale potřebný. Ať již z důvodu zkvalitnění života uživatelů služeb daného chráněného bydlení, nebo jen pro zpestření činností uživatelů služeb sledovaného domova sociálních služeb.

V závěru rozhovoru se projevila dvě velmi specifická přání.

Uživatelé služeb vybraného střediska chráněného bydlení trpí častým střídáním asistentů a přáli by si mít stejně jako uživatelé služeb domova sociálních služeb „svého“ klíčového pracovníka, pokud možno na delší dobu než pár měsíců či půl roku. Deficit blízkosti a důvěry prožívají velmi silně. Při občasných návštěvách uživatelů služeb domova sociálních služeb, kdy vidí, že se zde personál nemění a vnímají kvalitu vztahů mezi uživateli a pracovníky, dochází k prohlubování jejich pocitů zklamání a nedostatku.

Uživatelé služeb vybraného střediska domova sociálních služeb projevíli zájem o obnovu, případně vytvoření obývacího pokoje, který ještě před půl rokem existoval. V rámci rekonstrukce sociálního zařízení došlo ve sledovaném domově i k dalším stavebním zásahům. Původní obývací pokoj byl zrušen a z ekonomických důvodů (zvýšení kapacity domova sociálních služeb) přebudován na nový dvoulůžkový pokoj s prostorově

nevyužitelnou chodbou vedoucí ke schodům do podkroví. Z obývacího pokoje zůstal pouhý obývací kout (spíše koutek) přemístěný do denní místnosti. Zde tráví večer jak ten, kdo sleduje televizi, tak i ten, kdo si chce večer u pracovního stolu kreslit a povídat s přáteli. Vnímám dané řešení za nešťastné a rozhodně nezvyšující již tak malou míru tolik potřebného soukromí. Uživatelé služeb se navzájem ruší, spát odcházejí značně rozladění. Jejich rozpoložení z předešlého večera se odráží během následujícího dne v celkové atmosféře a na vzájemných vztazích mezi uživateli služeb.

5 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na současnou úroveň kvality života dospělých osob s mentální retardací a jejich životního stylu ve srovnání služeb konkrétních vybraných středisek, a to chráněného bydlení a domova sociálních služeb.

Z pohledu pracovníka v oblasti sociální péče považuji za nezbytné poukázat na nedostatečné využití potenciálu zkoumaného střediska chráněného bydlení při vedení uživatelů služeb ke zdravému životnímu stylu. Současně také považuji za nutné upozornit na výrazné oslabení soukromí, strnulost a zastaralost některých norem a principů poskytovaných služeb, ovlivňujících životní styl a úroveň kvality života uživatelů služeb ve zkoumaném středisku domova sociálních služeb.

Koncepce tohoto konkrétního chráněného bydlení je prioritně postavená na kritériích zohledňujících potřeby integračního procesu a jeho viditelných výsledků. Vývoj integračního procesu osob s mentální retardací a kladné změny v reakcích členů běžné populace na jejich přítomnost ve společnosti jsou jistě velkým pozitivem sledovaného chráněného bydlení. Pravidelné kontakty uživatelů služeb se sociálním okolím jim pomáhají v osobnostním rozvoji a tím zvyšují míru jejich sebevědomí, ochotu k zapojení se do běžných aktivit společnosti. Souhrn jmenovaných pozitiv integračního procesu (spolu s kladným přijetím ze strany společnosti) navozuje u uživatelů služeb pocit duševní pohody. Získávají pocit samostatnosti, soběstačnosti a vlastní kompetence, jenž je vede k aktivnějšímu způsobu života v sociální oblasti a zvyšuje tak úroveň kvality života.

Na druhou stranu je však nepopíratelné, že v tomto konkrétním případě se tak děje na úkor zdravého životního stylu. Uživatelé služeb sice tráví většinu dne mimo domov, ale s ohledem na potřebu vyšší časové dotace ke všem běžným úkonům (převléknutí po skončení zaměstnání, nákup potravin, samotná cesta...) jim nezbývá volný čas pro realizaci a rozvoj vlastních zájmů, nebo na pravidelné fyzické aktivity. Většina uživatelů služeb zkoumaného střediska chráněného bydlení má během dne sedavé zaměstnání, které není kompenzováno (nebo jen nedostatečně) pohybovou činností. V kombinaci s druhem stravy, kterou uživatelé služeb v daném chráněném bydlení běžně konzumují, vzniká výrazná nevyváženost energetického příjmu a výdeje, která vede k jejich narůstající nadváze a zvyšuje tak míru možnosti vzniku civilizačních chorob.

Zkoumané středisko domova sociálních služeb se sice více věnuje potřebám uživatelů služeb na vyváženost denních aktivit, včetně pohybových, ale z hlediska stravy, možnosti duševní hygieny a relaxace má stále značné rezervy. Stravovací normy dostatečně nereflektují současný aktuální zdravotní stav uživatelů služeb, u nichž již rozvoj civilizačních chorob započal (zvýšený krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu a glykémie). Ačkoliv všichni uživatelé služeb daného domova sociálních služeb trpí nadváhou, je jim ve stravě podáváno značné množství jednoduchých cukrů v podobě doslazovaných potravin, tuků formou smetanových mléčných produktů, čímž se jejich nadváha neustále zvyšuje a prohlubují se problémy s pohybovým aparátem v podobě kloubních potíží dolních končetin. Vyrůstá tak množství fyzických omezení, která následně snižují kvalitu života uživatelů služeb.

Rovněž nedostatek soukromí ve sledovaném středisku domova sociálních služeb má na kvalitu života a životní styl uživatelů služeb výrazný vliv. Množství času, který tráví společně, navozuje u uživatelů služeb pocit omezení, nutnosti stálé sebekontroly a nemožnosti „vypnout“. Vyvolává mezi nimi psychické napětí, s nímž se neumí vyrovnat. Opakované napětí vyvolává v uživatelích služeb frustraci a ti poté často jednají v afektu a chovají se agresivně. Agresivita má většinou slovní podobu, ale bylo již zaznamenáno i několik případů fyzického útoku. Tento stav vzájemných vztahů rozhodně nenapomáhá duševní pohodě a vyrovnanosti uživatelů služeb, ani požadované domácí atmosféře.

V konečném srovnání životního stylu uživatelů služeb obou zařízení, nelze než konstatovat, že ani v jednom případě se nejedná o zdravý životní styl. Paradoxně se zdravému životnímu stylu více vzdaluje životní styl sledovaného chráněného bydlení, ačkoliv má teoreticky více volnosti a možností ve vedení uživatelů služeb k přijetí a naplňování zásad zdravého životního stylu. V této oblasti čeká na pracovníky sociálních služeb množství náročné práce, jejíž viditelné výsledky budou jen velice pozvolné a pomalé. Výsledkem však bude vyšší úroveň kvality poskytovaných služeb a spokojenější uživatelé služeb žijící zdravým životním stylem.

Po vyhodnocení cílených otázek rozhovorů jsem dospěla k poznání, že uživatelé služeb, ačkoliv většinou vyjadřovali spokojenost, jsou schopni vnímat a vyjmenovat řadu nedostatků i kladů, které snižují, nebo naopak zlepšují úroveň poskytovaných služeb, které jsou přímo působícím faktorem ovlivňujícím kvalitu jejich života a životního stylu. Povzbuzujícím faktem je, že jsou schopni také samostatně zvažovat a navrhopvat možnosti,

které by vedly k zlepšení stávajícího, nepříliš uspokojivého stavu. Bohužel jsem nucena konstatovat, že ani jeden z uživatelů služeb nedokázal vnímat a vyhodnotit nedostatky ve stravování. Pokud někdo vyjádřil nespokojenost, týkala se kvantity, nikoliv však podstatné kvality konzumovaných pokrmů. Pojem zdravá racionální výživa a dodržování jejích zásad nepatří mezi priority uživatelů služeb, což spolu s nedostatkem pohybu vede k nezdravému životnímu stylu, který si však samotní uživatelé služeb neuvědomují a nepocítují jej jako negativum.

Danou problematiku vnímám především jako celospolečenskou záležitost. Životní styl a úroveň kvality života jedinců s mentální retardací není v jejich plné kompetenci z důvodu snížené schopnosti vědomé a cílené činnosti. Ve vztahu společnosti a osob s mentální retardací jsou v nevýhodě jednoznačně zdravotně postižení. Osoby s mentální retardací jsou v menší či větší míře (podle svých individuálních schopností) odkázány na vedení a přímou pomoc od jiných dospělých osob, k nimž mají (nebo by měli mít) plnou důvěru. Pokud tuto potřebnou pomoc a vedení nebudou poskytovat dostatečně kvalifikovaní a zainteresovaní pracovníci, nebude tato potřebná pomoc na dostatečné profesionální úrovni a nepovede k žádanému zkvalitňování životní úrovně a životního stylu dospělých osob s mentální retardací využívajících sociální služby.

Domnívám se, že pokud bude sociální politika státu pokračovat v dalším prohlubování deficitu výdajů v oblasti sociální péče, dopady v této oblasti budou negativní a v konečném důsledku se projeví i na celkovém zdravotním stavu osob s mentální retardací a zvýšené četnosti výskytu civilizačních chorob. Snižování výdajů v oblasti sociální péče tak neefektivně povede k zvyšování výdajů v oblasti zdravotní péče.

6 Seznam literatury

6.1 Tištěné zdroje

- DOLEJŠÍ, M.: K otázkám psychologie mentální retardace. 3. vydání, Praha: Avicenum, 1978
- DUFKOVÁ, J.: Životní způsob/životní styl a jeho variantnost. Praha, 2005, ISBN 80-7308-131-8
- DUFKOVÁ J., URBAN, L., DUBSKÝ, J.: Sociologie životního stylu. Nakl. Aleš Čeněk, 2008, ISBN 13-978-80-7380-6
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-558-1
- JESENSKÝ, J.: Prostor pro integraci. Praha: Comenia Konsult, 1993
- KLIMEŠ, L.: Slovník cizích slov. Praha: SPN, 1981
- LEČBYCH, M.: Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti, 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého, 2008, ISBN 978-80-244-2071-4
- MATULAY, K. a kol.: Mentálna retardácia. 1. vydanie, Martin: Osveta 1986
- Prof. Dr. PETRÁSEK, R., CSc. A kol.: Co dělat, abychom žili zdravě. 1. vydání, Praha: Vyšehrad, 2004, ISBN 80-7021-711-1
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J.: Pedagogický slovník. Nové, rozšířené a aktualizované vydání, Praha: Portál, 2001, ISBN 978-807367-647-6
- ŠMÍDOVÁ, O.: Životní styl a styl života. Praha: Karolinum, 1992, ISBN 80-7066-660-9
- ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Aktualizované a přepracované 3. vydání, Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-060-7
- TITZL, B.: Postižený člověk ve společnosti. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2000, ISBN 80-86039-90-0
- VÁGNEROVÁ, M.: Úvod do psychologie. Praha: Karolinum, 1999, ISBN 80-7184-421-7
- VALENTA, M.: Psychopedie. Praha: portál, 2003, ISBN 807320-039-2

6.2 Internetové zdroje

http://cs.wikipedia.org/wiki/%C5%BDivotn%C3%AD_styl, staženo dne 15. května 2013, v 13.20 hod.

<http://zdravi.doktorka.cz/desatero-zdravého-životního-stylu>, staženo dne 20. května 2013, v 16.40 hod.

<http://www.centra.zdravi.cz/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni-pro-obyvatele-cr.aspx>, staženo dne 20. května 2013, v 16.55 hod.

<http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>, staženo dne 20. května 2013, v 17.00 hod.

<http://www.zdrava-vyziva.net/zdravy-zivotni-styl.php>, staženo dne 20. května 2013, v 16.55 hod.

7 Přílohy

7.1 Seznam příloh

Příloha č. 1 - Standardy kvality sociálních služeb

Příloha č. 2 - Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky

Příloha č. 3 - Cílené otázky polostrukturovaného rozhovoru

7.2 Seznam tabulek a schémat

Schéma č. 1: Potravinová pyramida

Tabulka č. 1: Režim denních aktivit vybraného střediska chráněného bydlení

Tabulka č. 2: Režim denních aktivit vybraného domova sociálních služeb

Tabulka č. 3: Týdenní jídelníček obyvatel vybraného střediska chráněného bydlení

Tabulka č. 4: Týdenní jídelníček obyvatel vybraného střediska domova sociálních služeb

Tabulka č. 5: Vyjádření míry spokojenosti

Tabulka č. 6: Možnost jiného bydlení

Tabulka č. 7: Zdůvodnění nezájmu o jiný typ bydlení

Tabulka č. 8: Vyjádření předmětu - činnosti přinášející uspokojení

Tabulka č. 9: Vyjádření příčin nespokojenosti

Tabulka č. 10: Výčet možností zlepšení stávajících podmínek bydlení

Příloha č. 1

STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

1. CÍLE A ZPŮSOBY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

1.a)

Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje;

1.b)

Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;

1.c)

Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;

1.d)

Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.

2. OCHRANA PRÁV OSOB

2.a)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

2.b)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

2.c)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

3. JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

3.a)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

3.b)

Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;

3.c)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

4. SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

4.a)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

4.b)

Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy;

4.c)

Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;

5. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

5.a)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

5.b)

Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;

5.c)

Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;

5.d)

Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;

5.e)

Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

6. DOKUMENTACE O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

6.a)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

6.b)

Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;

6.c)

Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.

7. STÍŽNOSTI NA KVALITU NEBO ZPŮSOB POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

7.a)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

7.b)

Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele;

7.c)

Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě;

7.d)

Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

8. NÁVAZNOST POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY NA DALŠÍ DOSTUPNÉ ZDROJE

8.a)

Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat;

8.b)

Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb;

8.c)

Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj.

9. PERSONÁLNÍ A ORGANIZAČNÍ ZAJIŠTĚNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

9.a)

Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;

9.b)

Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;

9.c)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

9.d)

Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje. Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. PROFESNÍ ROZVOJ ZAMĚSTNANCŮ

10.a)

Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace; podle tohoto postupu poskytovatel postupuje;

10.b)

Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje;

10.c)

Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje;

10.d)

Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje;

10.e)

Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka. Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

11. MÍSTNÍ A ČASOVÁ DOSTUPNOST POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.

12. INFORMOVANOST O POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.

13. PROSTŘEDÍ A PODMÍNKY**13.a)**

Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;

13.b)

Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám. Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. NOUZOVÉ A HAVARIJNÍ SITUACE**14.a)**

Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;

14.b)

Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;

14.c)

Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací. Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. ZVYŠOVÁNÍ KVALITY SOCIÁLNÍ SLUŽBY

15.a)

Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob;

15.b)

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

15.c)

Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;

15.d)

Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

Příloha č. 2

Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky

Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky

(Výživová doporučení jsou určena pro dospělé a dětský věk)

Ve většině průmyslově vyspělých zemích jsou již po desetiletí vydávána výživová doporučení pro obyvatelstvo, která jsou průběžně inovována.

V České republice vydalo první výživová doporučení pod názvem „Směry výživy obyvatelstva ČSR“ předsednictvo Společnosti pro racionální výživu (v současné době fungující pod názvem Společnost pro výživu) v roce 1986 a v roce 1989 jejich inovovanou formu. V roce 1994 byla Radou výživy Ministerstva zdravotnictví České republiky vypracována doporučení o výživě zdravého obyvatelstva „Jezte zdravě, žijte zdravě“. V roce 2004 vydala Společnost pro výživu "Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR" a v roce 2005 Ministerstvo zdravotnictví ČR leták s názvem „Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR“.

Společnost pro výživu nyní předkládá inovovaná Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. Jedná se o dokument ve formě určené pro pracovníky, kteří se zabývají prevencí neinfekčních onemocnění hromadného výskytu výživou a propagací správných stravovacích návyků. Oproti předchozím jsou tato doporučení uvedena i ve vztahu k dětskému věku, k výživě těhotných a kojících žen a k výživě starších lidí.

Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky

V roce 2007 byl přijat pracovní dokument komise Evropských společenství s názvem: Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou (bílá kniha). Uvedený dokument uvádí, že lze přepokládat, že 80 % případům nemocí srdce, cévních mozkových příhod, diabetu mellitu 2. typu a 40 % případům rakoviny by bylo možno předejít, pokud by se vyloučily rizikové faktory běžného životního stylu. Podle WHO většina hlavních faktorů, které se uplatňují nepříznivě na zdraví člověka, souvisí s výživou. V pořadí závažnosti jsou to: nadbytečný příjem soli, vysoký příjem alkoholu, nevhodné složení tuku, vysoký příjem energie a nedostatečný příjem ovoce a zeleniny. Nesprávná výživa se tak významně podílí na řadě onemocnění, které ovlivňují aktivitu člověka a zvyšují riziko jeho předčasného úmrtí.

V nutričních parametrech by mělo být dosaženo následující změn, které jsou v souladu s výživovými cíli pro Evropu (WHO) a s doporučením evropských odborných společností:

- upravení příjmu celkové energetické dávky u jednotlivých populačních skupin v souvislosti s pohybovým režimem tak, aby bylo dosaženo rovnováhy mezi jejím příjmem a výdejem pro udržení optimální tělesné hmotnosti v rozmezí BMI 18 - 25 u dospělých, u dětí v rozmezí mezi 10 - 90 percentilem referenčních hodnot BMI nebo poměru hmotnosti k výšce dítěte, u dětí s nitroděložním růstovým opožděním by neměl být při zajištění jejich přiměřeného růstu a vývoje energetický příjem nadměrně navyšován, aby nedocházelo k rozvoji jejich pozdější obezity;
- snížení příjmu tuku u dospělé populace tak, aby celkový podíl tuku v energetickém příjmu nepřekročil 30 % optimální energetické hodnoty (tzn. u lehce pracujících dospělých cca 70 g na den), u vyššího energetického výdeje 35 %, u dětí by se měl podíl tuku na celkovém energetickém příjmu postupně snižovat tak, aby ve školním věku tvořil 30 - 35% energetického příjmu a dále odpovídal doporučením dospělých;
- příjem nasycených mastných kyselin by měl být nižší než 10 % (20 g), polyenových 7 - 10 % z celkového energetického příjmu, poměr mastných kyselin řady n-6:n-3 maximálně 5:1, příjem *trans*-nenasycených mastných kyselin by měl být co nejnižší a neměl by překročit 1 % (cca 2,5 g/den) z celkového energetického příjmu;
- snížení příjmu cholesterolu na max. 300 mg za den (s optimem 100 mg na 1000 kcal, včetně dětské populace);
- snížení spotřeby přidaných jednoduchých cukrů na maximálně 10 % z celkové energetické dávky (tzn. u dospělých lehce pracujících cca 60 g na den), při zvýšení podílu polysacharidů, u nekojených dětí má významnou roli příjem oligosacharidů s prebiotickým účinkem k podpoře rozvoje adekvátní střevní mikroflóry;
- snížení spotřeby kuchyňské soli (NaCl) na 5 - 6 g za den a preferenci používání soli obohacené jodem, u starších lidí kde je častěji sledovaná hypertenze a další onemocnění, snížení příjmu soli pod 5 g na den, v kojeneckém věku stravu zásadně nesolíme, v pozdějším dětském věku užíváme sůl úměrně potřebám dítěte;
- zvýšení příjmu kyseliny askorbové (vitaminu C) na 100 mg denně, u dětí v rámci odpovídajících doporučení;

- zvýšení příjmu vlákniny na 30 g za den u dospělých, u dětí od druhého roku života 5 g + počet gramů odpovídajících věku (rokům) dítěte;
- zvýšení příjmu dalších ochranných látek jak minerálních, tak vitaminové povahy a dalších přírodních nutrientů, které by zajistily odpovídající antioxidační aktivitu a další ochranné procesy v organismu (zejména Zn, Se, Ca, J, karotenů, vitaminu E, ochranných látek obsažených v zelenině aj.).

K dosažení těchto cílů by mělo dojít ve spotřebě potravin u dospělé populace k následujícím změnám:

a) obecně

- snížení příjmu živočišných tuků a zvýšení podílu rostlinných olejů v celkové dávce tuku, z nich pak zejména oleje olivového a řepkového, pokud možno bez tepelné úpravy pro zajištění optimálního složení mastných kyselin přijímaného tuku, výrazné omezení příjmu potravin obsahujících kokosový tuk, palmojádrový tuk a palmový olej;
- snížení příjmu cukru a omezení jeho náhrady fruktosou nebo sorbitolem;
- zvýšení spotřeby zeleniny a ovoce včetně ořechů (vzhledem k vysokému obsahu tuku musí být příjem ořechů v souladu s příjmem ostatních zdrojů tuku, aby nedošlo k překročení celkového příjmu tuku) se zřetelem k přívodu ochranných látek, významných v prevenci nádorových i kardiovaskulárních onemocnění, ale též ve vztahu ke snižování přívodu energie a zvýšení obsahu vlákniny ve stravě, denní příjem zeleniny a ovoce by měl dosahovat 600 g, včetně zeleniny tepelně upravené, přičemž poměr zeleniny a ovoce by měl být cca 2:1;
- zvýšení spotřeby luštěnin jako bohatého zdroje kvalitních rostlinných bílkovin s nízkým obsahem tuku, nízkým glykemickým indexem a vysokým obsahem ochranných látek;
- nahrazení výrobků z bílé mouky výrobky z mouky tmavé nebo celozrnné z důvodů snížení příjmu energie a zvýšení příjmu ochranných látek;
- preferovat příjem potravin s nižším glykemickým indexem (méně než 70) - luštěniny, celozrnné výrobky, neloupaná ráže, těstoviny aj.;
- výrazné zvýšení spotřeby ryb a rybích výrobků, včetně mořských, kde je výhodou u tučnějších ryb vyšší obsah omega 3 mastných kyselin, v celkovém množství cca 400 g/týden;

- snížení spotřeby živočišných potravin s vysokým podílem tuku (např. vepřový bok, plnotučné mléko a mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku, uzeniny, lahůdkářské výrobky, některé cukrářské výrobky, trvanlivé a jemné pečivo apod.);
- zajištění správného pitného režimu, tzn. denní příjem u dospělých 1,5 - 2 l vhodných druhů nápojů (při zvýšené fyzické námaze nebo zvýšené teplotě okolí přiměřeně více), přednostně neslazených cukrem, nejlépe s přirozenou ovocnou složkou;
- alkoholické nápoje je nutno konzumovat umírněně, aby denní příjem alkoholu nepřekročil u mužů 20 g (přibližně 250 ml vína nebo 0,5 l piva nebo 60 ml lihoviny), u žen 10 g (přibližně 125 ml vína nebo 0,3 l piva nebo 40 ml lihoviny),

b) u těhotných a kojících žen

- strava těhotných žen by měla energeticky zajistit optimální váhový přírůstek a vývoj plodu a měla by mít dostatek bílkovin, vitaminů (nenavyšovat však příjem vitamínu A) a minerálních látek (zvláště zinku, jodu, vápníku a železa) i tekutin;
- již měsíc před plánovaným početím a dále po dobu prvního trimestru těhotenství by výživa měla zajišťovat dostatečný příjem kyseliny listové, mezi jejíž přirozené zdroje patří především listová zelenina, pomerančová šťáva, sója, pšeničné zrna, mandle a další potraviny, výhodou je užívání potravin obohacených o kyselinu listovou;
- v druhé polovině těhotenství je vyšší potřeba vápníku, mezi jehož přirozené zdroje patří mléko a mléčné výrobky (navíc denně 2 jogurty nebo 300 g tvarohu nebo 250 ml mléka);
- těhotné ženy by měly pravidelně konzumovat celozrnné a další výrobky z obilovin, zeleninu, čerstvé a sušené ovoce, přirozeným zdrojem železa je maso, jodu ryby a plody moře;
- těhotná žena by se měla vyvarovat konzumace alkoholu;
- těhotná i kojící žena by měla ve své výživě preferovat tuky s dostatečným obsahem nenasycených mastných kyselin;
- ve třetím trimestru by měla těhotná žena konzumovat nenadýmavou stravu;
- u kojících žen by měl být o 0,5 až 0,75 litru vyšší příjem tekutin, žena by měla konzumovat dostatek bílkovin s preferencí jejich živočišného původu, měla by mít dostatečný příjem vápníku i zinku z jejich přirozených zdrojů;
- v případech vegetariánství se doporučuje lakto-ovo vegetariánský způsob výživy,

c) u starších lidí

- je nutné věnovat pozornost dostatečnému příjmu tekutin a méně energeticky bohaté, ale nutričně kvalitní výživě;
- potřeba bílkovin je u starších lidí vyšší, doporučuje se však snižovat příjem tuků;
- mezi nedostatkové složky patří především zinek a vápník, z vitaminů jsou to vitamin D, vitamin C i některé z vitaminů skupiny B (zvláště kyselina listová, pyridoxin a vitamin B12), z hlediska výživy se doporučuje dostatečně využívat přirozených zdrojů těchto složek výživy.

K dosažení optimálního růstu a vývoje dítěte a prevence rozvoje civilizačních onemocnění by měly být dodržovány určité zásady pro jídelníček dítěte:

- optimální výživou kojence je v prvních šesti měsících věku mateřské mléko, které v této době plně zajišťuje příjem všech živin potřebných pro růst a vývoj dítěte;
- jídelníček dítěte by měl respektovat postupný přechod výživy kojenců, batolat, dětí předškolního a školního věku až k výživě adolescentů a dospělých;
- strava dítěte ve věku od 1 do 3 ukončených let by měla být podána v pěti porcích, měla by obsahovat alespoň 500 ml mléka nebo mléčných výrobků, 4 - 5 porcí zeleniny a ovoce, 3 - 4 porce chleba a obilovin, 2 porce masa, maso by mělo být méně tučné, do jídelníčku by přednostně mělo být zařazováno rybí (bez kostiček), drůbeží a králičí maso, dítě by nemělo dostávat uzeniny, je nutné šetřit pamlsky, pokrmy pro děti nepřesolujeme, vynecháme všechno ostré a pálivé koření (pepř, čili, kari, pálivá paprika), pro vysoký obsah soli a glutamové kyseliny nejsou vhodné sójové a worchestrové omáčky, bujónové kostky, masoxi a další podobné přípravky;
- strava dítěte v předškolním věku by měla obsahovat 3 - 4 porce mléka a mléčných výrobků, 4 porce zeleniny a ovoce, z toho alespoň dvě porce v syrové formě), 3 - 4 porce chleba či obilovin (do jídelníčku bychom měli postupně zařazovat tmavé celozrnné pečivo), 2 porce masa (používají se všechny druhy masa, s preferencí méně tučného), do jídelníčku bychom měli zařazovat luštěniny, obdobně jako v batolecím věku pokrmy nepřesolujeme, vynecháváme ostré a pálivé koření (vhodné je koření z bylinek), nesmíme zapomínat na pitný režim dítěte;
- strava dětí ve školním a adolescentním věku by měla i dále obsahovat v každé porci obiloviny - pečivo (s preferencí celozrnných výrobků) nebo rýži,

těstovinu, denně by měly děti tohoto věku dostávat ve 3 - 5 porcích zeleninu a ovoce, dále by mělo mít dítě ve dvou až třech porcích mléko a mléčné výrobky, v 1 - 2 porcích maso (nezapomínat na ryby a drůbež), vejce nebo rostlinné produkty s obsahem kvalitní bílkoviny (sójové výrobky, luštěniny), volné tuky a cukry by měly být konzumovány omezeně, džusy a slazené nápoje by měly být ředěny vodou;

- z alternativní výživy nelze u dětí doporučit veganství, makrobiotiku, frutariánství a další podobné směry, vhodně vedená lakto-ovo-vegetariánská dieta omezuje možnosti výběru výživy dítěte, ale je pro zajištění jeho růstu a vývoje možná;
- pro zajištění zdravého vývoje dítěte je nejvhodnější dostatečně pestrá strava, ve výběru úměrná věku dítěte, jeho energetickým a nutričním potřebám.

V kulinářské technologii je třeba se zaměřit:

- na racionální přípravu stravy, zejména na snižování ztrát vitaminů a jiných ochranných látek, preferovat vaření a dušení a zamezit tak zvýšenému příjmu toxických produktů vznikajících při smažení, pečení a grilování, zejména u potravin s vyšším podílem živočišných bílkovin (maso, ryby) a zvýšenému příjmu tuku ze smažených či fritovaných pokrmů;
- na preferenci technologií s nižším množstvím přidaného tuku a volit vhodný druh tuku podle druhu technologického postupu;
- na zachování dostatečného podílu syrové stravy, zejména zeleniny a ovoce;
- na zvýšení spotřeby zeleninových salátů, zejména s přidavkem olivového nebo řepkového oleje a na rozšíření sortimentu zeleninových a luštěninových pokrmů;
- na doplňování stravy vhodnými doplňky nebo obohacenými potravinami (např. používat sůl s jodem) při zjištění výrazného nedostatku některých nutričních faktorů.

K dosažení výživových cílů jsou žádoucí změny ve složení potravinářských výrobků, zejména:

- snížit obsah *trans*-nenasycených a nasycených mastných kyselin v jedlých tucích i ve výrobcích, kde se jedlé tuky používají, omezit používání kokosového a palmojádrového tuku a palmového oleje;

- snížit obsah cukru v nápojích a některých potravinách např. v džemech, kompotech, ale i v některých druzích pečiva, cukrářských výrobcích, ale i ochucených kysaných mléčných výrobcích a zmrzlíně;
- rozšířit sortiment výrobků z obilovin s vyšším podílem složek celého zrna a nižším glykemickým indexem;
- udržet, eventuálně ještě rozšířit, nabídku mléčných výrobků s nižším obsahem mléčného tuku, především kysaných mléčných výrobků;
- rozšířit nabídku zeleninových salátů, zejména čerstvých;
- rozšířit nabídku luštěnin, zejména připravených pro rychlou kulinární úpravu;
- rozšířit výběr potravin s nižším obsahem soli;
- rozšířit sortiment potravin se zvýšeným obsahem složek podporujících zdraví;
- zajistit odpovídající označování potravin se všemi informacemi, které jsou rozhodující pro spotřebitele k usměrňování jeho výživy;
- dle možností omezovat používání látek přídatných (aditiv, látek s kódem E), zejména konzervačních prostředků, syntetických barviv a fosfátů.

Základním požadavkem je samozřejmě dosažení všech parametrů zdravotní nezávadnosti potravin a pokrmů při zachování principů bezpečnosti potravin.

Je nutno dodržovat správný stravovací režim: jíst pravidelně - tři hlavní denní jídla s maximálním energetickým obsahem pro snídani 20 %, oběd 35 % a večeři 25 % - 30 % a dopolední a odpolední svačinu s maximálně 5 - 10 energetickými % a pauzou přibližně 3 hodiny mezi jednotlivými denními jídly.

Při tvorbě jídelníčku je třeba věnovat pozornost jak výběru potravin (je nutné sledovat údaje o složení na etiketách potravinářských výrobků), tak jejich úpravě. Strava by měla být dostatečně pestrá a přiměřená věku, pohlaví, pohybové aktivitě a zdravotnímu stavu.

Za Společnost pro výživu předkládá autorský kolektiv: prof. Ing. Jana Dostálová, CSc., doc. MUDr. Pavel Dlouhý, Ph.D., a MUDr. Petr Tláskal, CSc. Ke konečné formulaci Výživových doporučení pro obyvatelstvo ČR přispěli svými připomínkami členové Správní rady SPV: prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D., prof. Ing. Karel Kopec, DrSc., doc. MUDr. Marie Kunešová, CSc., MVDr. Halina Matějová, MUDr. Pavel Reil, prof. MUDr. Josef Šimek, DrSc. Znění Výživových doporučení pro obyvatelstvo ČR bylo projednáno a schváleno presidiem a správní radou Společnosti pro výživu (Praha 6. dubna 2012)

Příloha č. 3

Cílené otázky polostrukturovaného rozhovoru

Otázka č. 1: Líbí se Vám tady v Domově - v Chráněném bydlení, jste zde spokojeni ?

Otázka č. 2: Chtěli byste bydlet někde jinde?

Otázka č. 3: Kde jinde byste rádi bydleli a proč?

Otázka č. 4: Proč byste nechtěli bydlet jinde?

Otázka č. 5: Co se Vám tady nejvíce líbí (s čím jste spokojení)?

Otázka č. 6: S čím nejste spokojeni, co Vám vadí?

Otázka č. 7: Co by se mělo (mohlo) změnit - zlepšit?

